

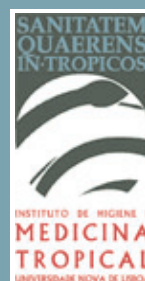
ANDRÉ ROSA BISCAIA

Satisfação no Trabalho dos Médicos de Família dos Centros de Saúde Portugueses

Tese para prestação de provas de doutoramento
SAÚDE INTERNACIONAL
POLÍTICAS DE SAÚDE E DESENVOLVIMENTO

Lisboa, 2010

INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

ANDRÉ ROSA BISCAIA

Satisfação no Trabalho dos Médicos de Família dos Centros de Saúde Portugueses

**Tese para prestação de provas de doutoramento
SAÚDE INTERNACIONAL
POLÍTICAS DE SAÚDE E DESENVOLVIMENTO**

**Orientador
Professor Doutor Paulo de Lyz Girou Martins Ferrinho**

**Comissão Tutorial
Professor Doutor Armando José de Oliveira Brito de Sá
Professor Doutor Wim Van Lerberghe**

**Lisboa, 2010
INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL
UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA**

Esta tese é dedicada à memória do

Professor Doutor José Guilherme Jordão

Agradecimentos

Primeiro, e antes de tudo o mais, à família.

Para quem não saiba, os processos de doutoramento são projectos de família. Os últimos cinco anos giraram, em muito, à volta desta tese. Não estou a falar apenas da vida do autor, mas das vidas da família cá em casa, dos pais, de uma tia em especial e de toda a família, a de sangue e a adoptada, os amigos.

À minha mulher e ao meu filho. À Mafalda. Ao Guilherme.

Esta tese também é deles. Pelo tempo e disponibilidade que empenhou, pelo stresse acoplado, mas também, espero, pela satisfação de se ter conseguido fazer algo que é, de facto, difícil. Um verdadeiro desafio. O amor, a compreensão com que acompanharam todo este processo é algo que fica marcado. Na alma.

Aos meus pais por serem os pais que eu gostava de ser para o meu filho. Costuma-se dizer que o amor dos pais é incondicional. Pelo menos, o amor deste filho também o é.

À minha tia Alda pelo apoio e por ter estado sempre disponível para me lançar desafios, abrir horizontes.

À Ana Ferrão por estar sempre presente.

Ao Vítor Ramos pela amizade e por todo o apoio. Foi dele o primeiro artigo que li sobre medicina geral e familiar.

Ao Osvaldo Santos pela amizade e pelo apoio. Foi com ele que aprendi a investigar e quem me disse que nisto dos doutoramentos, o que interessa é ficar douto.

Ao Armando Brito e Sá pela co-orientação desta tese, pelo apoio desde sempre e pelo exemplo.

À Cláudia Conceição pela amizade e pela partilha.

Ao Paulo Nogueira pelo apoio e pelos desafios que temos enfrentado.

Ao Luís Lapão pela amizade, apoio e pelo alinhamento que temos tido em tudo o que interessa.

À Isabel Lobato enfermeira da minha micro-equipa, pela amizade, por ter aguentado as pontas quando foi necessário e por me ter ensinado o valor das narrativas.

Ao Gilles Dussault pela amizade, apoio e desafios que me tem lançado.

Ao Wim Van Lerberghe pela co-orientação desta tese e pelas oportunidades que me tem proporcionado.

À Isabel Santos pela amizade e porque nunca lhe ter agradecido convenientemente todo o apoio durante o internato e nos meus anos iniciais como médico de família.

À Fernanda Labrincha por ter sido a minha orientadora durante o internato geral e o da especialidade. Foi por onde tudo começou.

Ao António Branco pelo apoio quando dele precisei e pela amizade.

À Sofia Amador pelo apoio nas pesquisas bibliográficas.

À Ana Rita Antunes, à Pascale Charondière, à Rita Caldeira, ao Rui Pombal, à Rosa Gallego pelo apoio ao longo desta tese.

Ao Professor Doutor Paulo Ferrinho pela amizade e por ser o responsável por ter começado esta aventura do doutoramento. Na minha vida profissional há um antes e um depois de ter conhecido o Professor Paulo Ferrinho.

Obrigado

Satisfação no Trabalho dos Médicos de Família dos Centros de Saúde Portugueses

ÍNDICE

Nota Prévia *pg. 1*

1 INTRODUÇÃO *pg. 5*

1.1 Porquê e como? *pg. 5*

1.2 Paradigmas de enquadramento *pg. 11*

1.2.1 Teoria da complexidade *pg. 12*

1.2.1.1 A Filosofia *pg. 12*

1.2.1.2 A prática *pg. 14*

1.2.2 O Modelo salutogénico e a qualidade de vida *pg. 22*

1.2.2.1 O modelo salutogénico *pg. 23*

1.2.2.2 A qualidade de vida *pg. 26*

1.2.2.3 A pessoa, o modelo salutogénico e a qualidade de vida
pg. 28

**1.2.2.4 A pessoa, o modelo salutogénico, a qualidade de vida, a
qualidade e a satisfação no trabalho** *pg. 30*

1.2.3 A ciência hoje *pg. 31*

2 ENQUADRAMENTO TEÓRICO *pg. 37*

2.1 Definições e modelos conceptuais *pg. 38*

2.1.1 Capital humano *pg.39*

2.1.1.1 Capacidade, competência, comportamento e desempenho *pg.39*

2.1.1.2 Personalidade e desempenho *pg.41*

2.1.1.3 Atitudes e valores *pg. 42*

2.1.2 Organizações *pg. 45*

2.1.2.1 Tipos de organização – das simples às adocracias, das fechadas às abertas, das privadas às públicas *pg. 46*

2.1.2.2 Qualidade *pg. 53*

2.1.3 Capital Social *pg. 56*

2.1.3.1 Cultura, identidade e aprendizagem organizacionais *pg. 59*

2.1.3.2 Identificação organizacional, vinculação dos indivíduos às organizações e cidadania organizacional *pg. 63*

2.1.4 Motivação e satisfação no trabalho *pg. 66*

2.1.4.1 Satisfação no trabalho *pg. 68*

2.1.4.2 Motivação no trabalho *pg. 83*

2.1.4.3 Um modelo global de motivação e satisfação no trabalho *pg. 88*

2.2 Satisfação no trabalho dos médicos de família e factores associados *pg. 91*

2.2.1 Estudos internacionais *pg. 92*

2.2.2 Estudos nacionais *pg. 110*

**2.2.3 Síntese das revisões da bibliografia nacional e
internacional sobre satisfação no trabalho *pg.* 123**

**2.3 Impacto dos incentivos no desempenho dos médicos de
família *pg.* 131**

**2.4 Reformas nos cuidados de saúde primários, qualidade e
satisfação no trabalho – os casos do Reino Unido e da
Noruega *pg.* 143**

3 EVOLUÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS E DA MEDICINA GERAL E FAMILIAR EM PORTUGAL *pg.* 155

**3.1 Evolução das políticas relacionadas com os cuidados
de saúde primários e com a medicina geral e familiar
pg. 155**

**3.1.1 Evolução das políticas para os cuidados de saúde
primários de 1970 a 2010 *pg.* 156**

**3.1.1.1 A reforma de 2005-... dos cuidados de saúde primários
portugueses *pg.* 161**

**3.1.1.2 Balanço da reforma de 2005-... dos cuidados de saúde
primários *pg.* 183**

**3.2 Evolução dos recursos humanos dos cuidados de saúde
primários e da medicina geral e familiar *pg.* 186**

**3.2.1 Evolução do número de médico e enfermeiros
nos hospitais e nos cuidados de saúde primários
pg. 187**

3.2.2 Evolução dos macro-indicadores em saúde relacionados com os cuidados de saúde primários
pg. **190**

4 OBJECTIVOS *pg.* **201**

5 POPULAÇÕES E MÉTODOS *pg.* **207**

5.1 Populações *pg.* **207**

5.2 Métodos *pg.* **208**

5.3 Delineamento dos estudos *pg.* **211**

5.4 Considerações éticas *pg.* **211**

5.5 Discussão sobre populações e métodos *pg.* **213**

6 ESTUDOS REALIZADOS *pg.* **220**

6.1 Estudo 1 - Construção e estudo da adequação do questionário de avaliação da satisfação no trabalho dos médicos de família portugueses *pg.* **220**

6.1.1 População e métodos *pg.* **220**

6.1.1.1 Construção do questionário de avaliação da satisfação no trabalho dos médicos de família portugueses *pg.* **221**

6.1.1.2 Administração do questionário *pg.* **231**

6.1.1.3 Estratégia para o estudo da adequação do questionário para avaliar a satisfação no trabalho dos médicos de família portugueses
pg. **231**

6.1.1.4 Universo em estudo e amostragem *pg.* **232**

6.1.2 Resultados pg. 236

6.1.2.1 Validade do questionário pg. 236

6.1.2.2 Fiabilidade do questionário pg. 261

6.1.2.3 Poder de resposta e poder de interpretação do questionário pg. 264

6.1.2.4 Peso do questionário pg. 266

6.1.3 Conclusão e avaliação final do questionário pg. 267

6.2 Estudo 2 - Satisfação no trabalho dos médicos de família dos centros de saúde da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo em 2002 / 2003 pg. 269

6.2.1 Introdução pg. 269

6.2.2 Delineamento do estudo pg. 271

6.2.3 População e métodos pg. 271

6.2.3.1 Universos em estudo e amostragem pg. 271

6.2.3.2 Fontes e instrumento de colheita dos dados pg. 273

6.2.3.3 Análise dos dados pg. 275

6.2.3.4 Considerações metodológicas do estudo pg. 276

6.2.4 Resultados pg. 278

6.2.4.1 Taxa de resposta pg. 278

6.2.4.2 Estudo das variáveis socioprofissionais agrupadas por sub-regiões de saúde e centros de saúde pg. 281

6.2.4.3 Opinião dos médicos de família sobre o que há a mudar e as fontes de stresse nos centros de saúde pg. 330

6.3 Estudo 3 - Satisfação no trabalho dos médicos de família de um centro de saúde entre 2000 e 2007 e de uma unidade de saúde familiar entre 2007 e 2009 pg. 345

6.3.1 Introdução pg. 345

6.3.2 Delineamento do estudo pg. 346

6.3.3 População e métodos pg. 346

6.3.3.1 Universo em estudo e amostragem pg. 346

6.3.3.2 Recolha dos dados pg. 347

6.3.3.3 Pentágono da Qualidade do centro de saúde de Cascais pg. 349

6.3.3.4 Considerações metodológicas do estudo pg. 358

6.3.4 Análise dos resultados pg. 358

6.4 Estudo 4 - Opinião dos profissionais dos centros de saúde portugueses sobre os factores associados à satisfação no trabalho nestas unidades e as prioridades para a reforma dos cuidados de saúde primários pg. 378

6.4.1 Delineamento do estudo pg. 378

6.4.2 População e métodos pg. 378

6.4.2.1 Universo em estudo e amostragem pg. 378

6.4.2.2 Colheita dos dados pg. 379

6.4.2.3 Análise dos dados pg. 380

6.4.2.4 Considerações metodológicas do estudo pg. 381

6.4.3 Resultados pg. 382

7 DISCUSSÃO *pg.* 395

- 7.1 Discussão dos aspectos ligados às populações e métodos *pg.* 396**
- 7.2 Cristalização do significado dos resultados dos estudos da tese e da revisão bibliográfica *pg.* 402**
- 7.3 Conclusões da discussão *pg.* 452**

8 DA TEORIA À PRÁTICA *pg.* 476

- 8.1 Propostas para a intervenção sobre a satisfação no trabalho dos médicos de família a exercer nos centros de saúde portugueses *pg.* 477**
 - 8.1.1 Transferência do conhecimento a nível micro – o que fazer nos centros de saúde *pg.* 477**
 - 8.1.2 Transferência do conhecimento a nível meso – o que fazer nos ACES e nas ARS *pg.* 483**
 - 8.1.3 Transferência do conhecimento a nível macro – o que fazer no sistema de saúde *pg.* 486**

Nota Final *pg.* 488

Índice de Anexos

Pg

Anexo 1 Relatório da área da qualidade da USF Marginal do ACES de Cascais	2
Anexo 2 Versão em papel do questionário de medição da satisfação no trabalho dos médicos de família	39
Anexo 3 Critérios utilizados para avaliação das condições técnicas para a actividade dos médicos de família nos centros de saúde	57
Anexo 4 Lista de variáveis utilizadas nos vários estudos desta tese	63
Anexo 5 Consentimento informado para a participação nos <i>focus-groups</i>	73
Anexo 6 PRO-SATIS - Aplicação informática para produção automática, dinâmica e personalizada de relatórios	74
Anexo 7 Variáveis utilizadas para a criação dos modelos de regressão linear múltipla	76
Anexo 8 Resultados totais da análise de conteúdo das questões de resposta aberta – áreas a mudar no local de trabalho e fontes de stresse no local de trabalho do questionário do Estudo 2	78
Anexo 9 Guião para os <i>focus-groups</i> sobre satisfação no trabalho dos médicos de família	114
Anexo 10 Análise de conteúdo dos <i>focus-groups</i>	116

Índice de Quadros e Figuras

Pág.

Fig. 2.1 – Relação entre motivação, satisfação no trabalho e outras variáveis organizacionais (adaptação do modelo de C. Dolea et al)	68
Figura 2.2 – Variáveis para avaliar a satisfação no trabalho em relação aos profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários.	82
Figura 2.3 - Teoria da auto-determinação e motivação no trabalho (adaptado de Gagné M e Deci E, 2005)	85
Quadro 2.1 – Importância atribuída pelos médicos de família às dimensões da satisfação no trabalho e pontuação de satisfação no trabalho no estudo de L. Graça (2000)	114
Quadro 2.2- Motivações para adesão ou não-adesão ao Regime Remuneratório Experimental, ordenadas da mais importante para a menos importante (estudo de F. Hipólito 2002)	116
Quadro 2.3- Áreas que um questionário sobre satisfação no trabalho numa USF deve contemplar na óptica dos Coordenadores das USF	120
Quadro 2.4 – Percentagem de USF que, em 2008 e 2009, levaram a cabo uma avaliação da satisfação no trabalho dos seus profissionais	121
Figura 2.4. - Modelo conceptual do processo motivacional dos trabalhadores de saúde (baseado em L Franco)	153
Figura 2.5. - Modelo conceptual do processo motivacional dos trabalhadores de saúde modificado (adaptado de L Franco)	154
Quadro 3.2 - Unidades de Saúde Familiar em Julho de 2010 – candidaturas, aceites e em actividade, por Administração Regional de Saúde	171

Índice de Quadros e Figuras

	Pág.
Quadro 3.3 - Unidades de Saúde Familiar em Julho de 2010 – candidaturas aceites e em funcionamento, utentes potenciais, ganhos de cobertura de população utente, percentagem de ganho em termos de cobertura de população utente, número de profissionais envolvidos	171
Figura 3.1 - Evolução do número de médicos e enfermeiros nos hospitais e nos cuidados de saúde primários 1960 – 2007	189
Figura 3.2 - Distribuição percentual dos vários grupos profissionais a exercerem nos Centros de Saúde em 2005	190
Quadro 3.1 – Reformas dos Cuidados de Saúde Primários – Objectivos e implementação	194
Quadro 3.4 - O contexto das Reformas – Dados Gerais	196
Quadro 3.5 - O contexto das Reformas – Indicadores de Saúde	197
Quadro 3.6 - O contexto das Reformas - Actividade assistencial	198
Quadro 3.7 - O contexto das Reformas - Situação económica geral do País	199
Quadro 5.1 - Quadro sinóptico de População e Métodos	215
Figura 5.1 - Modelo conceptual do processo motivacional nos profissionais da saúde com identificação dos estudos de 1 a 4	218
Figura 5.2 - Variáveis estudadas e posição no modelo onde foram analisadas	219
Quadro 6.1 – Caracterização dos Centros de Saúde da ARSLVT	234

Índice de Quadros e Figuras	Pág.
Quadro 6.2 – Respondentes ao questionário de satisfação no trabalho	234
Quadro 6.3 – Universo, respostas recebidas e válidas para o Questionário SP-MGF dos vários Centros de Saúde (percentagens em relação ao universo)	235
Quadro 6.4 - Correspondência entre áreas identificadas na bibliografia como relevantes quando se avalia satisfação no trabalho e questões do questionário	239
Quadro 6.5 - Medida de adequacidade da amostra de Kaiser-Meyer-Olkin	245
Quadro 6.6 – Análise factorial - matrizes anti-imagem	245
Quadro 6.7 - Análise factorial com extracção por análises de componentes principais e rotação varimax	249
Figura 6.1 - Análise factorial - <i>Scree plot</i>	250
Quadro 6.8 - Análise factorial - Matriz de componentes com rotação	252
Quadro 6.9 - Quadro-resumo da validade convergente do questionário	256
Quadro 6.10 - Coerência interna do questionário- <i>Chronbach alpha if item deleted</i>	263
Quadro 6.11 – Caracterização dos Centros de Saúde da ARSLVT	271
Quadro 6.12 - Dados relativos a CS e médicos seleccionados	272
Quadro 6.13 – Sinopse dos dados referentes a CS e médicos seleccionados	273
Quadro 6.14 – Sinopse do universo, amostra e respondentes do estudo por sub-região de saúde	279

Índice de Quadros e Figuras	Pág.
Quadro 6.15 – Universo, respostas recebidas e as válidas para o Questionário SP-MGF dos vários Centros de Saúde (percentagens em relação ao universo)	280
Quadro 6.16 – Sexo dos médicos respondentes (média e percentagens)	281
Quadro 6.17 – Idade dos médicos respondentes (média e percentagens)	282
Quadro 6.18 - Número de anos de profissão dos médicos respondentes (média e percentagens)	282
Quadro 6.19 - Número de anos no centro de saúde onde exerciam quando responderam ao questionário dos médicos respondentes (média e percentagens)	283
Quadro 6.20 – Modo de acesso ao grau de generalista, provimento em lugar do quadro de pessoal e categoria profissional	284
Quadro 6.21 - Variáveis socioprofissionais – regime de trabalho e actividade profissional múltipla (em números absolutos e percentagens)	285
Quadro 6.22 – Satisfação no trabalho dos Médicos de Família no total da amostra – medidas de tendência central e dispersão	287
Quadro 6.23 – Satisfação no trabalho dos médicos de família no total da amostra a partir dos resultados individuais de cada médico – percentagem de reposta em cada opção	288
Quadro 6.24 – Factores de satisfação no trabalho dos médicos de família do centro de saúde no total da amostra	289
Quadro 6.25 – Sinopse dos resultados da satisfação no trabalho por factores em toda a amostra	290

Índice de Quadros e Figuras	Pág.
Quadro 6.26 – Sinopse dos resultados da satisfação no trabalho dos MF por factores e por Sub-Regiões de Saúde	290
Quadro 6.27 - - Correlação entre factores (individual) e pontuação global da satisfação no trabalho	294
Quadro 6.28 - Correlação entre factores (média do CS) e pontuação global da satisfação no trabalho	295
Quadro 6.29 - Expectativas actuais em relação à Carreira dos médicos de família em números absolutos e percentagens para os totais regionais e gerais (dados de todos os respondentes e não só dos válidos para a ST)	298
Quadro 6.30 – Correlação entre expectativas quanto à carreira e factores de ST	299
Quadro 6.31 - Comparação entre Sub-Regiões de Saúde quanto às cognições para mudar de profissão, de carreira e de centro de saúde onde trabalha - resposta à questão:"Se tivesse possibilidade de voltar ao princípio, hoje voltaria a escolher?" (em números absolutos e percentagens)	301
Quadro 6.32 Comparação entre Sub-Regiões de Saúde quanto às cognições para mudar de profissão, de carreira e de CS onde trabalha - resposta à questão:"Se tivesse possibilidade de voltar ao princípio, hoje não voltaria a escolher?" (em números absolutos e percentagens)	302
Quadro 6.33 - Comparação entre as várias Sub-Regiões de Saúde quanto à auto-apreciação do estado de saúde dos médicos de família (em números absolutos e percentagens)	304
Quadro 6.34 – Correlação entre auto-percepção do estado de saúde e factores de satisfação no trabalho	305

Índice de Quadros e Figuras	Pág.
Quadro 6.35- Características dos CS- dispersão geográfica, utentes inscritos, número de unidades e internamento.	306
Quadro 6.36 – Características dos edifícios das unidades de saúde – origem, estado das instalações, acessibilidade, organização dos espaços	307
Quadro 6.37 – Características dos edifícios das unidades de saúde – média de médicos por gabinete, extensões (boas condições de higiene, gabinetes de saúde infantil, saúde materna/ planeamento familiar, salas de espera adequadas)	309
Quadro 6.38 - Características das sub-regiões – utentes sem médico de família e rácio utentes / médico de família	310
Quadro 6.39 - Características das sub-regiões – recursos humanos dos CS por grupo profissional	311
Quadro 6.40 - Rácios entre o número de enfermeiros e o número de médicos em relação ao número de utentes no total da amostra	312
Quadro 6.41- Actividade assistencial na ARSLVT em 2003- I	313
Quadro 6.42 - Actividade assistencial na ARSLVT em 2003- II	314
Quadro 6.43 – Despesas com medicamentos e exames complementares de diagnóstico no total da amostra dos 23 CS estudados	316
Quadro 6.43- Quadro-sinopse dos resultados de questionário sobre áreas a mudar e fontes de stresse no local de trabalho	331
Quadro 6.44- Questionário de satisfação no trabalho - universo e respostas	346

Índice de Quadros e Figuras	Pág.
Figura 6.2 - Pentágono da Qualidade	354
Quadro 6.45 - Operacionalização do Pentágono da Qualidade - modelos de acção e de aprendizagem integradas	357
Quadro 6.47 - Satisfação no trabalho no CS de Cascais ao longo do tempo e pontuação por factores de ST	359
Quadro 6.48 - Satisfação no trabalho no CS de Cascais ao longo do tempo – Extensões e USF Marginal e pontuação global	360
Quadro 6.49 - Satisfação no trabalho no CS de Cascais ao longo do tempo – Extensões, USF Marginal e pontuação por factores de ST	361
Quadro 6.50 - Satisfação no trabalho no CS de Cascais ao longo do tempo – Pontuação por factores de ST e global por extensão	362
Quadro 6.51 - Satisfação no trabalho no CS de Cascais ao longo do tempo – Pontuação por factores de ST e global na USF Marginal	364
Quadro 6.52 - Evolução dos resultados das avaliações MoniQuOr no Centro de Saúde de Cascais de 1998 a 2004- dimensões da qualidade organizacional	366
Quadro 6.53 - Evolução dos resultados das auto-avaliações MoniQuOr no Centro de Saúde de Cascais de 2000 a 2004 na área 1 - Organização e gestão	367
Quadro 6.54 - Evolução dos resultados das auto-avaliações MoniQuOr no Centro de Saúde de Cascais de 2000 a 2004 na área 2 - Direitos dos cidadãos	367
Quadro 6.55 - Evolução dos resultados das auto-avaliações MoniQuOr no CS de Cascais de 2000 a 2004 na área 3 - Promoção da saúde	367

Índice de Quadros e Figuras

	Pág.
Quadro 6.56- Evolução dos resultados das auto-avaliações MoniQuOr no Centro de Saúde de Cascais de 2000 a 2004 na área 4 - Prestação de cuidados de saúde	368
Quadro 6.57 - Evolução dos resultados das auto-avaliações MoniQuOr no CS de Cascais de 2000 a 2004 na área 5 - Educação contínua e desenvolvimento da qualidade	368
Quadro 6.58 - Evolução dos resultados das auto-avaliações MoniQuOr no Centro de Saúde de Cascais de 2000 a 2004 na área 6 -Instalações e equipamentos	368
Quadro 6.59 - Evolução dos resultados das auto-avaliações MoniQuOr no Centro de Saúde de Cascais de 2000 a 2004 no total das seis áreas	368
Quadro 6.60- Avaliação da qualidade organizacional da USF Marginal ao longo do tempo	370
Quadro 6.61 - Avaliação das áreas de satisfação e de insatisfação dos cidadãos com os serviços prestados pelos médicos de família em 2007 no CS de Cascais por unidade de saúde - I	372
Quadro 6.62 - Avaliação das áreas de satisfação e de insatisfação dos cidadãos com os serviços prestados pelos médicos de família em 2007 no CS de Cascais por unidade de saúde -II	373
Quadro 6.63 – Reclamações ao longo do tempo – USF Marginal	374
Quadro 6.64 - Avaliação das áreas de satisfação e de insatisfação dos cidadãos com os serviços prestados pelos médicos de família em 2007 no CS de Cascais por unidade de saúde -III	375
Quadro 6.65 - Avaliação das áreas de satisfação e de insatisfação dos cidadãos com os serviços prestados pela USF Marginal	376

Índice de Quadros e Figuras

Pág.

Quadro 6.66 – Comparação da avaliação da satisfação no trabalho com a avaliação da qualidade organizacional nas várias unidades de saúde

377

Quadro 6.67 - Comparação da avaliação da satisfação no trabalho com a avaliação da satisfação dos utentes nas várias unidades de saúde

377

Quadro 7.1 – Quadro comparativo entre as áreas identificadas na bibliografia como relevantes quando se avalia a satisfação no trabalho e as questões do questionário e as variáveis estudadas

433

Siglas e Acrónimos

APMCG	Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral
ARS	Administração Regional de Saúde
ARSLVT	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
CS	Centro de Saúde
CSP	Cuidados de Saúde Primários
MF	Médicos de Família
<u>MCDT</u>	Meios complementares de diagnóstico e terapêutica
MCSP	Missão para os Cuidados de Saúde Primários
PQ	Pentágono da Qualidade
SNS	Serviço Nacional de Saúde
ST	Satisfação no trabalho
USF	Unidade de Saúde Familiar

NOTA PRÉVIA

*“Como é possível isolar uma história individual
se ela implicar outras histórias que a atravessam e «condicionam»
e estas outras mais, até se estender a todo o Universo?
E se o Universo não puder ficar contido dentro de uma história,
como se pode, a partir desta história impossível, extrair histórias
que tenham um sentido acabado?”*

Italo Calvino

(“Começar e acabar” in “Seis propostas para o próximo milénio”, 1985)

Italo Calvino neste trecho encara o dilema que se colocou ao longo da construção desta tese: como delimitar o âmbito da tese de modo a centrar o trabalho em algo apreensível e manejável e, por outro lado, multiplicar as áreas de análise e ampliar o alcance da discussão para que fizesse mais sentido e se tornasse mais útil?

Em sistemas de saúde – âmbito de estudo escolhido – a abordagem teria de abarcar necessariamente a complexidade inerente a estes sistemas e aos contextos em que operam. A resposta que se procurou dar passou por focar o trabalho num ponto crítico – a satisfação no trabalho – e integrar as dimensões individuais, organizacionais e sistémicas dos serviços de saúde numa análise que suportasse uma reflexão abrangente, passível de extravasar os limites dos estudos efectuados – os médicos de família e os centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde – e, assim, expandir o alcance do conhecimento produzido.

Procurou-se, no entanto, não subverter as regras da generalização dos resultados, mas, antes, retirar as consequências do enquadramento epistemológico desta tese – a teoria da complexidade. Tentou-se, nesta tese, ultrapassar as limitações da compartimentação do conhecimento – o “pensamento sem fronteiras”¹ de H. Mariotti – e da simplificação artificial, ainda que útil, da realidade que o método científico protagoniza, aceitando-se os riscos (e retirando os proveitos) da amplificação da reflexão para lá dos limites dos resultados obtidos, procurando analogias, recorrendo a ensinamentos da vida quotidiana, a metáforas, a exemplos da literatura e outras artes. A “metáfora é divina”, como argumentavam duas personagens da “Ilha do dia antes” de U. Eco, porque permite clarificar ao religar realidades de que se perdeu, num qualquer momento, a conexão; e a consciência desta “religação” é um dos objectivos do pensamento complexo – “o que é tecido em conjunto”². “A história das ciências é também feita de migração de conceitos, ou seja, literalmente, de metáforas”^{2,3}; esta tese exercita esta migração, procurando nutrir-se nas ciências da saúde mas também na sociologia, na antropologia, na gestão, na economia, na filosofia ou em áreas novas, transfronteiriças, como a psicossociologia das organizações ou a ciência do comportamento organizacional. Propõe-se, ainda, uma mudança quanto à atitude geral de abordagem dos problemas e da procura de soluções. José Cardoso Pires dizia que os portugueses gostam de “futar em negativo”, de enquadrar tudo de um modo negativo, imaginando os piores cenários, ferindo a esperança. A abordagem que se procurou dar às conclusões nesta tese é feita à luz do modelo salutogénico, tentando a compreensão holística da satisfação no trabalho, discutindo como se pode lidar com ela, justificando porque é uma área que merece o empenho de todos, evidenciando também os factores que estão associados aos melhores resultados, focando pelo lado positivo sem

apagar os aspectos menos positivos e sem cair no optimismo militante, sem fundamento, ... porque deve ser este também um dos objectivos da ciência: procurar soluções, dar esperança, “futurar em positivo”. Outro dos grandes objectivos da ciência é adicionar qualidade de vida às existências de cada pessoa, de cada organização, de cada comunidade. Procurou-se, nesta tese, utilizar, quando possível, os conceitos da qualidade de vida e instrumentos que a medem como parâmetros primordiais de avaliação.

Uma tese de doutoramento é um caminho que se percorre, com destino mais ou menos estabelecido, com mapas mais ou menos precisos, mais ou menos acompanhado, com maior ou menor satisfação. E todos os caminhos têm histórias que os ladeiam. Esta tese emergiu para a realidade em 2004 com a aceitação por parte do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da respectiva candidatura. No entanto, começou a tomar forma anos antes.

Em 2003, as linhas gerais do contexto teórico aqui adoptado foram, pelo autor desta tese, defendidas como os paradigmas dos cuidados de saúde primários, num capítulo do livro “Da Memória”⁴, comemorativo dos 20 anos da APMCG – Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral: a teoria da complexidade como enquadramento geral, o modelo salutogénico como princípio orientador dos cuidados de saúde e a qualidade de vida como objectivo e parâmetro de avaliação.

A motivação para esta temática vinha já de 1995 quando o autor desta tese concluiu o trabalho de investigação, então obrigatório, do Internato Complementar de Clínica Geral da Zona Sul sobre satisfação no trabalho dos médicos de família. Aliás, o interesse por esta área tem acompanhado o autor ao longo da sua carreira e bebeu da sua experiência como dirigente associativo e sindical, investigador na área dos sistemas de saúde, consultor de uma

associação de consumidores e, principalmente, da sua actividade como médico de família em perene contacto com a realidade de vida das pessoas que procuram os cuidados de saúde das organizações onde tem trabalhado e das experiências e trabalho em equipa com os seus colegas.

Desta vivência, só faria sentido orientar todo o esforço desta tese para algo que tivesse implicações e aplicações práticas, que fosse útil.

“Nisi utili est quod facimus, stulta est gloria”

“Se não for útil o que fizermos,
insensata (ou vã, ou mesmo estúpida) será a glória”

Lema da Academia de Ciências de Lisboa,
interpretado por Rui Tavares – Historiador
(in Público, pág 36, 31 de Dezembro de 2008, edição de Lisboa)

1 INTRODUÇÃO

Começa-se pelo porquê e pelo como desta tese, passa-se para os paradigmas de enquadramento da mesma e finaliza-se com a auto-reflexão e posição do autor sobre o tema da tese e o que considera relevante na abordagem da investigação que escolheu, no modo como interpreta os resultados que obteve e nas soluções que preconiza.

1.1. Porquê e como?

Esta tese é sobre o trabalho, em particular sobre a satisfação a ele associada. O trabalho tem acompanhado a passada da humanidade desde os primórdios e a relação que com ele estabelecemos tem evoluído, como tão bem captou o filósofo A. Botton no seu livro “Alegrias e tristezas do trabalho”⁵. Defende A. Botton que Aristóteles (Séc IV a.c.) considerava impossível conciliar trabalho físico e até o lado mercantil da mente com a reflexão filosófica, a conjugação deste tipo de funções levava, defendia, a uma deformação psicológica. Esta ideia enraizou-se com a noção, do início da cristandade, de que o trabalho era um castigo divino para expiar os pecados de Adão. Só se registou uma mudança no Renascimento com as vidas de Michelangelo ou de Leonardo da Vinci em que se começou a glorificar a actividade laboral, primeiro em relação ao trabalho artístico, mas chegando depois a todas as actividades. A meio do século XVIII, Diderot e d'Alembert publicaram a sua *Encyclopédie* povoada de exemplos do prazer e génio de fazer pão ou fabricar uma âncora. Os burgueses do século XVIII

aproveitaram o balanço e fizeram a volta para o outro extremo; não só transpuseram o prazer aristotélico da reflexão filosófica para o trabalho, identificando no trabalho prazeres até aí só referenciados nos hobbies, como passaram a votar ao descrédito actividades em que não houvesse retorno financeiro, abandonando-as aos diletantes decadentes⁵.

A sociedade moderna moderou tudo, tornou-se flexível e tolerante, aceitando qualquer relação com o trabalho como válida, defendendo até que o trabalho deveria ser procurado mesmo na ausência de imperativo financeiro e elevando o trabalho a algo tão identitário, ou por vezes mais, como o apelido ou a nacionalidade. Como A. Botton⁵ salienta, quando se conhece alguém, mais do que perguntar de onde vem ou quem são os seus parentes, a curiosidade e a conversa foca-se no que se faz. Mas o contributo mais forte da sociedade moderna para a nossa atitude em relação ao trabalho foi a disseminação da crença de que o trabalho nos deve fazer felizes, dar satisfação⁵.

A satisfação no trabalho pode ser definida como a atitude do indivíduo em relação ao seu trabalho e às condições em que este é desempenhado^{6,7,8,9}. Numa visão integradora, a satisfação no trabalho surge como elemento moderador entre uma série de variáveis fundamentais na dinâmica da vida de uma organização¹⁰ – motivação, desempenho, envolvimento no trabalho, compromisso organizacional, cidadania organizacional, equidade – e do universo pessoal do trabalhador¹⁰ – satisfação com a vida em geral, qualidade da vida, saúde mental, stresse percebido, doenças. Os resultados de toda esta conjugação de variáveis têm consequências a nível pessoal para o próprio trabalhador, para a organização para a qual trabalha e para a comunidade servida por essa organização que, por sua vez, actuam nos factores sociais, organizacionais e individuais que influenciaram essas consequências; completa-se não só uma

circularidade mas uma recursividadeⁱ que interessa conhecer para nela actuar de um modo efectivo. A análise da satisfação no trabalho é, portanto, fundamental para uma gestão adequada de qualquer organização mas no entanto, não lhe tem sido dada a importância devida nos centros de saúde portugueses e, em particular, no que se refere aos médicos de família.

Foi adoptado como ponto de partida e fulcro desta tese, o modelo do processo motivacional dos trabalhadores da saúde proposto por L. Franco et al¹¹ que se detalha mais à frente. O entendimento dos factores individuais, organizacionais e sociais que desenvolve é fortalecido pela teoria da auto-determinação e motivação no trabalho desenvolvida por M. Gagné e E. Deci¹² e a recursividade das variáveis envolvidas neste modelo é reforçada pela teoria da complexidade enquanto proposta de compreensão e abordagem do real. O método científico que permeia toda esta tese é entendido com as suas vantagens – meio válido para justificar e aceitar crenças como verdadeiras - e também com as suas limitações – simplificação heurística para atingir uma aproximação ao real para dele conseguir libertar leis e princípios que permitam a sua compreensão, mas cujos resultados têm de ser avaliados como sendo produto dessa simplificação útil, não os confundindo com o próprio real². Estas limitações podem ser contrabalançadas pela reflexão filosófica que é necessário exercer sobre os resultados da ciência, integrando-os no contexto mais largo das dimensões humana, social, histórica e ambiental da vida. Alinhada com este propósito está a adopção de uma abordagem de investigação multicanal e plurimetodológica convergente num mesmo objectivo geral e assumindo uma análise integrada dos resultados, como proposto pelas técnicas multimétodos ou métodos mistos^{13,14,15} e a técnica da cristalização¹⁵ (ver secção 5.2). Os resultados destas técnicas têm

ⁱ Ver secção 1.2.1.1

depois de passar pelo crivo e engrandecimento de “amplos espaços de conversação”¹, que, beneficiando da intergeração de ideias entre pessoas com experiências e visões diversas, alcançam o entendimento integrador, mais próximo do real, que se ambiciona. No processo de construção desta tese, estes espaços de conversação foram procurados nas apresentações públicas que o autor foi realizando, nos vários processos de formação em que se foi moldando, mas mais naqueles em que foi formador e especialmente junto de actores directos do sistema de cuidados de saúde português (dirigentes dos agrupamentos de centros de saúde ou profissionais e chefias dos centros de saúde), na publicação de textos, científicos ou outros, na interacção com as comunidades de profissionais do terreno, de gestores, de políticos, de investigadores, com familiares e amigos (fonte riquíssima de compreensão do real) ou outras pessoas com que o autor interagiu na sua experiência como médico de família, dirigente associativo, investigador, utilizador dos serviços de saúde, cidadão.

Esta procura da pluralidade estendeu-se pelas áreas do saber visitadas ou revisitadas e chamadas para uma compreensão mais integradora desta problemática: a saúde, a teoria dos sistemas, a psicossociologia das organizações, o comportamento organizacional, a política, a comunicação, a epistemologia, a história, a filosofia ...É necessário, como diz E. Morin “o cientista que reflecte sobre a sua ciência e que, por isso mesmo, faz filosofia”². Continua E. Morin, “o que me interessa é respeitar as exigências de investigação e de verificação próprias do conhecimento científico e as exigências da reflexão propostas no conhecimento filosófico”².

Para completar a espiral de enquadramento desta tese, acresce a priorização do tema – satisfação no trabalho – no sistema de cuidados em estudo. E esta priorização coloca bem alto a satisfação no trabalho. A Lei de Bases de Saúde (Base XXX, Lei 48/90 de 24/08)

estabelece que o Serviço Nacional de Saúde “está sujeito a avaliação permanente” segundo quatro dimensões: “a qualidade dos serviços”; “o grau de aceitação pela população utente (satisfação); “a razoabilidade da utilização dos recursos em termos de custos e benefícios”; e “o nível de satisfação dos profissionais”. Determina igualmente que a informação relativa a estas quatro dimensões seja “tratada em sistema completo e integrado que abrange todos os níveis e todos os órgãos e serviços”. No entanto, a realidade actual e desde a constituição do Serviço Nacional de Saúde são avaliações pontuais, raras e não integradas de qualquer destas quatro dimensões. No que se refere à avaliação da satisfação no trabalho, esta não está assimilada na cultura dos serviços de saúde, sendo os poucos exemplos que existem maioritariamente da responsabilidade dos próprios profissionais ou de entidades externas ao Serviço Nacional de Saúde.

A actual tese tem como finalidade última desenvolver uma estratégia de abordagem integrada da satisfação no trabalho dos médicos de família que seja de aplicação viável e capaz de disponibilizar resultados úteis para os vários níveis de decisão – individual, organizacional e sistémico. O objectivo geral da tese foi caracterizar e compreender a satisfação no trabalho dos médicos de família a exercer nos centros de saúde portugueses integrada no seu contexto. Para esta compreensão, estudaram-se várias organizações para medir os níveis de satisfação no trabalho obtidos em diferentes contextos e caracterizar as variáveis associadas a essa satisfação. Defende-se, nesta tese, uma abordagem da satisfação no trabalho que se fundamenta em teorias e modelos considerados os mais adequados e que mede e actua na satisfação no trabalho no seu contexto individual, organizacional e social, salientando a sua importância enquanto elemento estrutural e estruturante das organizações, fundamental para o desempenho dos trabalhadores, a

qualidade de toda a organização, os resultados que esta consegue obter, o impacto que tem nas comunidades em que opera assim como na vida pessoal de cada trabalhador.

Foram realizados quatro estudos. O primeiro serviu para a criação do instrumento de medida a utilizar nos outros estudos - um questionário adequado para medir a satisfação no trabalho dos médicos de família portugueses.

O segundo foi pensado para investigar associações entre a satisfação no trabalho dos médicos de família e variáveis pessoais e contextuais da prática desses médicos assim como do seu desempenho. Procurou, ainda, identificar soluções de melhoria dos centros de saúde propostas pelos próprios médicos de família.

O terceiro explorou a satisfação no trabalho dos médicos de família e as suas relações com a qualidade organizacional das unidades de cuidados de saúde primários e com as áreas de maior ou menor satisfação dos cidadãos com os serviços dessas unidades.

O quarto estudo é um estudo de análise da opinião dos médicos de família, chefias intermédias e directores de centros de saúde de diferentes regiões do país sobre os factores associados à satisfação no trabalho dos médicos de família e as prioridades para a reforma dos centros de saúde.

Os resultados dos quatro estudos são, no final, interpretados de um modo integrado, sendo proposto um modelo de abordagem da satisfação no trabalho dos médicos de família dos centros de saúde portugueses.

Para melhor conceber, implementar e analisar estes estudos aprofundou-se primeiro a consciência sobre os paradigmas de enquadramento desta tese (neste capítulo 1) e depois explorou-se a teoria relacionada com as áreas a abordar (no capítulo 2).

1.2. Paradigmas de enquadramento

“Todo o conhecimento opera por selecção de dados significativos e rejeição de dados não significativos: separa (distingue ou desune) e une (associa, identifica); hierarquiza (o principal, o secundário) e centraliza (em função de um núcleo de noções mestras)”² e estas operações são comandadas por princípios de organização do pensamento ou paradigmas, “princípios ocultos que governam a nossa visão das coisas e do mundo sem que disso tenhamos consciência”². E. Morin, autor destas frases, continua e avisa que é fundamental tomar alguma consciência da natureza e das consequências dos paradigmas que moldam o nosso conhecimento e condicionam a nossa visão do real². Foi o que o autor desta tese tentou fazer nas páginas seguintes em relação a toda a problemática da satisfação no trabalho no sector da saúde.

O autor recorre, como já se disse, à teoria da complexidade como enquadramento geral e ao modelo salutogénico como princípio orientador dos cuidados de saúde (da própria prestação assim como da organização dos serviços). Adicionalmente, integrados e derivando directamente dos anteriores, considera a importância do funcionamento em rede (consequência da adopção da teoria da complexidade) e da qualidade de vida como objectivo e parâmetro de avaliação (em íntima relação com o modelo salutogénico).

1.2.1. Teoria da complexidade

1.2.1.1. A Filosofia

A complexidade foi definida por um dos seus principais teóricos, E. Morin, como “um tecidoⁱⁱ de constituintes heterogêneos inseparavelmente associados”, “o tecido de acontecimentos, acções, interacções, retroacções, determinações, acasos, que constituem o nosso mundo fenomenal”². Complexidade “à primeira vista, é um fenómeno quantitativo, a extrema quantidade de interacções e de interferências entre um número muito grande de unidades”, mas “compreende também incertezas, indeterminações, fenómenos aleatórios” tendo “sempre contacto com o acaso”²— é “a incerteza no seio de sistemas ricamente organizados”, “uma certa mistura de ordem e desordem, mistura íntima, ao contrário da ordem/desordem estatística, onde a ordem (pobre e estática) reina ao nível das grandes populações e a desordem (pobre, porque pura indeterminação) reina nas unidades elementares”². É uma viragem das perspectivas epistemológicas: é preciso aceitar uma certa imprecisão, não apenas dos fenómenos, mas também dos conceitos tendo em conta que “uma das superioridades do cérebro humano (sobre os computadores) é poder trabalhar com o insuficiente e o vago”². O objectivo é entrar no cerne dos fenómenos e considerar a complexidade organizacional e a complexidade lógica, tentando ir, “não do simples para o complexo, mas da complexidade para uma complexidade sempre maior”², tentando considerar “as linhas, as tendências da complexificação crescente” “em função dos desenvolvimentos da auto-organização (autonomia, individualidade, riqueza de relações com o meio, aptidões para a aprendizagem, inventividade, criatividade, etc)”². O desafio é, portanto, desenvolver

ⁱⁱ Derivada do latim *complexus* - o que é tecido em conjunto (p20)

“um pensamento capaz de tratar o real, de dialogar e de negociar com ele”², substituindo o paradigma “da disjunção-redução-unidimensionalização”² pelo da “distinção-conjunção que permite distinguir sem separar,”² proporcionando o “escapar à alternativa entre o pensamento redutor que só vê os elementos e o pensamento globalista que apenas vê o todo”². O que se procura, como defende H. Mariotti, é o “pensamento integrador”¹ que aceita que o pensamento redutor e o globalista não se excluem um ao outro, mas antes se complementam numa “interacção mutuamente fertilizadora”¹ através de uma relação de circularidade e de inclusão. Trata-se de “desenvolver ao mesmo tempo uma teoria, uma lógica, uma epistemologia da complexidade que possa convir ao conhecimento do homem”².

Importa, neste momento, dissipar duas ilusões. A primeira é a de que o pensamento complexo aparece para eliminar o pensamento simplificador – o que o pensamento complexo tenta é integrar, o mais possível, os modos simplificadores de pensar, recusando, portanto, como diz E. Morin, “as consequências mutiladoras, redutoras, unidimensionais e, finalmente, ilusórias de uma simplificação que se toma pelo reflexo do que há de real na realidade”². E a segunda ilusão que é a que decorre de se confundir complexidade com completude – a teoria da complexidade assume, à partida, que o conhecimento completo é impossível, a onisciência é impossível, mas aspira-se “ao conhecimento multidimensional”² – o pensamento complexo é “animado por uma tensão permanente entre a aspiração a um saber não parcelar, não fechado, não redutor e o reconhecimento do inacabamento, da incompletude de todo o conhecimento”².

Outra conclusão que decorre da teoria da complexidade é que “só existe objecto em relação a um sujeito (que observa, isola, define, pensa) e só há sujeito em relação a um meio objectivo (que lhe

permite reconhecer-se, definir-se, pensar-se, mas também existir)"². Sujeito e objecto são indissociáveis, "o mundo está no interior do nosso espírito e este no interior do mundo"² revelando a inadequação da obrigação da escolha "entre o sujeito metafísico e o objecto positivista"². Como salienta H. Mariotti, "o observador faz parte daquilo que observa"¹, a "percepção é um fenómeno que acontece na estrutura dos organismos vivos"¹ e os seus resultados internos, em cada pessoa, "dependem das peculiaridades de cada um"¹ – "a percepção é um diálogo"¹, "é uma transacção entre o observador e o observado"¹ e a realidade "é o que observamos e também o que sentimos e pensamos em relação ao que observamos"¹. Não é, portanto, possível "eliminar a subjectividade e a participação do observador nos fenómenos que ele observa", "a objectividade em si, vista como um absoluto, não existe", a "definição do que é objectivo resulta de consensos", é "uma construção cultural"¹ que inclui, necessariamente, a subjectividade.

Por último e para se entender a dinâmica da teia relacional dos fenómenos, é importante considerar que, em todos os níveis de organização complexa, é possível encontrar os três tipos de causalidade: linear – "tal causa produz tais efeitos"; circular retroactiva – "o efeito (de uma produção) pode retroagir para estimular ou fazer retroceder a produção"; recursiva – "os efeitos e os produtos são necessários ao processo que os gera"; "o produto é produtor daquilo que o produz"².

1.2.1.2. A prática

Desta abordagem da complexidade, retiramos vários níveis de consequências para a prática: no modo de pensar; na interacção geral com os outros (em especial no trabalho em equipa); na formação/desenvolvimento pessoal e profissional; na gestão das

organizações; na construção e implementação de políticas; e na investigação.

No modo de pensar é necessário um pensamento aberto, abrangente e flexível, que contextualiza e integra, capaz de mobilizar capacidades criativas e transformadoras, potenciador da auto-crítica e da abertura à crítica externa. É essencial desenvolver uma capacidade de adaptação rápida a contextos sempre em mutação, de tomada de decisão atempada mesmo em situações pouco definidas ou incertas. Finalmente, é fundamental uma aptidão para gerir conflitos porque eles vão surgir dentro de cada um e com os outros porque vamos aceitar colocar todas as hipóteses na análise dos problemas e permitir que outros o façam igualmente².

Na interacção geral com os outros e, em particular, no trabalho em equipa, H. Mariotti, citando R. Martin, advoga que temos de evoluir do construto existente, com que aprendemos a interagir com os outros e que se pode resumir em

«eu sei a resposta correcta, o outro, quando não concorda comigo, ou está desinformado ou mal intencionado e a tarefa é fazer com que ele veja as coisas à minha maneira»,

para outro construto, o modificado, que se sintetiza em

«eu sou rico em dados e experiência, mas posso não perceber ou entender tudo, e o outro, pode ver coisas que não vejo e elas podem contribuir para a minha compreensão e a tarefa comum é consultar a nossa inteligência colectiva para fazer as melhores escolhas»¹ⁱ.

Esta mudança de construto é a expressão da afirmação de H. Mariotti de que o homem é "um ser-no-mundo", "um ser-com-os-outros"¹ e isso tem profundas implicações na vida das organizações.

Na formação/desenvolvimento pessoal e profissional, a teoria da complexidade incita ao alargamento dos modelos tradicionais de

formação e desenvolvimento pessoal e profissional e a pensar como Montaigne, citado por E. Morin, “mais vale uma cabeça bem feita do que bem cheia”²: mais do que acumular conhecimentos, é muito importante dispor ao mesmo tempo de uma aptidão geral para colocar e tratar os problemas, de princípios organizadores que permitam religar os saberes e dar-lhes sentido².

Nas organizações, as implicações práticas da teoria da complexidade convidam a uma gestão que através da liderança e da adopção de uma série de princípios façam emergir a tomada de decisão¹⁶:

- promover um enquadramento de diálogo/conversação entre *stakeholders* relevantes para um dado problema;
- reduzir a hegemonia profissional e os diferenciais de poder entre *stakeholders*, para que todos tenham voz na abordagem dos problemas e na vida das organizações;
- desenvolver um ambiente de elevada confiança para que haja a possibilidade de inovar e, mesmo, de errar de um modo frutífero (quando serve para a evolução e desenvolvimento);
- definir um pequeno número de princípios-guia ou regras simples que permitam enquadrar os objectivos que se querem alcançar, focar no que interessa e alinhar todos os intervenientes nos seus esforços, não cedendo à tentação de tudo definir, espartilhando a imaginação, a criatividade, o espírito empreendedor e a autonomia;
- reconhecer a importância dos julgamentos reiterativos – a fonte dos padrões é a história prévia do sistema, ou seja, numa primeira fase vamos responder como sempre respondemos, trilhando os mesmos caminhos, eventualmente fazendo os mesmos erros, sendo necessário ter consciência disso para tomar as melhores decisões no contexto em que estamos a actuar;

- permitir soluções que, não sendo óptimas, satisfazem os constrangimentos do sistema, evitando o perfeccionismo excessivo que, por vezes, leva à perda do *timing* necessário para que as coisas aconteçam, possibilitando começar a funcionar em tempo útil e ir-se adaptando à evolução dos acontecimentos.

Ainda nas organizações, é importante favorecer um enquadramento de funcionamento próximo das chamadas organizações de aprendizagem^{17,18,19,20,21,22,23,24} – organizações que fazem da aprendizagem uma característica nuclear da sua actividade. Estas organizações aperfeiçoam práticas que lhes permitem ser exigentes, críticas (para dentro e para fora), proactivas e inovadoras. Um caminho para se conseguir ser uma organização aprendente passa pelo estabelecimento de rotinas de aprendizagem produtivas – identificar erros e corrigi-los, mas também questionar e inovar e, fundamental, conseguir a meta-aprendizagem, aprender como se aprende para o fazer cada vez melhor. Mas não é suficiente, é igualmente necessário cultivar amplos espaços de conversação, em que seja possível a convivência, a intereducação (aprender com os outros) e a intergeração de ideias (a espiral de evolução do pensamento e das ideias que frutifica do debate)¹.

Continuando nas organizações, estas não são ilhas, e só conseguirão ter um desempenho optimizado nos contextos complexos em que têm de operar quando integradas em redes, com ligações a sistemas supra e infra e fora do seu sector específico, em interacção com redes de investigação, de formação e de gestão da informação ou seja fazendo *net-working* social. E neste contexto, os sistemas de informação assumem uma posição central e fundamental²⁵. São indispensáveis sistemas de informação credíveis e fáceis de utilizar para assegurar a ligação entre as partes e transferir o trabalho desenvolvido e os ganhos em saúde obtidos de um modo efectivo.

Torna-se, igualmente, necessário expandir o conceito de “*smart healthcare*” - saber “utilizar os recursos de saúde com inteligência, de forma holística”²⁵ e de um modo sustentável, num ambiente complexo e onde cidadãos e profissionais de saúde são parceiros na potenciação da qualidade da prestação dos cuidados de saúde.

Finalmente, e ainda no nível das organizações, em contextos e situações de trabalho complexas é fundamental a auto-organização. Existe “auto-organização” quando um grupo consegue alterar a sua própria organização sem intervenção externa²⁵ ainda que alimentado pela interacção e feedback interno e externo; por esta razão estas organizações são consideradas estruturas orgânicas em que as características da ligação entre os seus membros encorajam ajustes mútuos, um mecanismo-chave de coordenação, organização e evolução destes grupos. A auto-organização não implica, no entanto, a ausência de líderes. Pelo contrário, é o tipo de organização que necessita de lideranças, que emergem à medida que a situação e o contexto vão evoluindo e de acordo com as competências reconhecidas e assumidas dentro do grupo. Estas lideranças são ainda importantes na definição de regras fundamentais para orientar a abordagem das situações sem coarctar a imaginação e iniciativa dos restantes elementos e permitindo a inovação oportuna²⁵. O líder aqui é aquele que percebe os motivos que bloqueiam o fluxo livre de comunicação e age para alterar esse bloqueio através da sua participação activa nos processos e pelo fomento de espaços e momentos de reflexão²⁶; actua como líder aquele que fomenta climas motivadores para o trabalho, tolerantes ao erro frutífero, promotores da inovação e potenciadores do valor humano^{25,26}; A mudança só pode ocorrer quando os padrões de comunicação e de relação entre os elementos do grupo mudam porque são estes padrões que permitem organizar a experiência para que a inovação ocorra²⁶. Está aqui bem vinculada a importância da forma como os elementos do

grupo funcionam, se relacionam e trabalham em conjunto: a qualidade das relações existentes é essencial. Lapão²⁵ cita Kauffman ao sintetizar que são fundamentais para que uma auto-organização possa existir²⁵: a diversidade de respostas, a liderança para a qualidade, a existência de profissionais muito qualificados que saibam exercer sob condições paradoxais e de incerteza, a qualidade das relações dentro do grupo e a persistência de condições que permitam a aprendizagem permanente e a inovação. A auto-organização pode, portanto, ajudar no processo de encontrar as soluções que constituam as respostas mais ajustadas aos problemas, através da partilha de experiências entre elementos das equipas, do aumento do conhecimento disponível e da multiplicação das alternativas estratégicas e comunicacionais para lidar com as situações²⁵.

Ao nível da definição e implementação de políticas²⁷, surge a proposta de construir políticas adaptativas. Nem sempre se consegue antecipar todas as situações mas o que D. Swanson chama de políticas adaptativas pode permitir antecipar situações inesperadas e continuar a navegar na direcção dos objectivos em contextos muito voláteis e de evolução incerta. Essas políticas adaptativas propõem organizar a acção em concertação com algumas das características dos sistemas complexos adaptativos:

- desenvolver análises das situações integradas e viradas para o futuro;
- favorecer decisões baseadas em deliberações do máximo possível de *stakeholders*;
- promover a capacidade de ajustamentos automáticos da política através da monitorização de indicadores-chave;
- fomentar a capacidade da sociedade, das comunidades e das organizações para a auto-organização e o *networking* social (ver atrás nesta secção);

- descentralizar a governação até ao mais baixo e mais efectivo nível jurisdicional;
- promover respostas variadas às políticas implementadas para que desta diversidade surja a possibilidade de escolha de soluções alternativas e se potencie a inovação; e
- implementar rotinas de revisão das políticas e fomentar a aprendizagem permanente.

Num artigo de 2005, R. Atun et al²⁸ ilustram o sucesso destas políticas adaptativas na reforma dos cuidados de saúde primários (como os autores a colocam, uma complexa inovação) da Estónia, enumerando os factores que fizeram com que esta reforma fosse bem-sucedida: liderança forte, boa coordenação entre o nível político e o operacional, abordagem prática da implementação enfatizando a simplicidade das intervenções para poder ser facilmente apreendida pelos potenciais destinatários dessas políticas, estratégias de envolvimento para evitar conflitos desnecessários com o *status-quo*, gestão cuidadosa da mudança para que a reforma não seja politizada demasiado cedo e investimentos fortes e precoces na formação para estabelecer uma massa crítica de profissionais que possam rapidamente operacionalizar e implementar as políticas. R. Atun considerou ainda que é da máxima importância que haja uma abordagem multifacetada e coordenada à reforma com mudanças nas leis, reestruturação organizacional, alterações no financiamento e nos sistemas de pagamento aos prestadores, criação de incentivos à inovação e investimento no desenvolvimento dos recursos humanos. Esta é uma cartilha que tem sido seguida, em termos gerais, na reforma de 2005 - ... dos cuidados de saúde primários portugueses (ver secção 3).

E quais as consequências para a investigação e os seus métodos, nomeadamente no que se deve adoptar nesta tese? E. Morin² fala da “patologia do saber” por se viver, como já se disse, “sob o império dos

princípios de disjunção, de redução e de abstracção"², "rareando as comunicações entre o conhecimento científico e a reflexão filosófica"², isolando "todos os objectos daquilo que os envolve"², não identificando "o elo inseparável entre o observador e a coisa observada"² e de se "rasgar e retalhar o tecido complexo das realidades, e fazer crer que o corte arbitrário operado sobre o real era o próprio real"². A patologia está, segundo E. Morin, na hipersimplificação que não permite apreender a complexidade do real, no idealismo em que a ideia oculta o real e lhe toma o lugar, no doutrinismo e no dogmatismo que petrificam as teorias e na racionalização que "encerra o real num sistema de ideias coerente, mas parcial e unilateral, e que não sabe sequer que uma parte do real é irracionalizável"². Defende, então, a necessidade de um paradigma "que permita distinguir sem separar, associar sem reduzir"², escapando "à unidade abstracta do alto (holismo) e do baixo (reducionismo)"². Não nega, contudo e obviamente, a importância do conhecimento científico e cita Bachelard para o reforçar: "A ciência constrói o objecto extraíndo-o do seu meio complexo para o colocar em situações experimentais não complexas. A ciência não é o estudo do universo simples, é uma simplificação heurística necessária para libertar certas propriedades e mesmo certas leis."². E E. Morin acrescenta ainda "a despeito do seu ideal simplificador, a ciência progrediu porque era, efectivamente, complexa", "a complexidade científica é a presença do não-científico no científico que não anula o científico, mas, pelo contrário, lhe permite exprimir-se"². Diz E. Morin, "O que me interessa é respeitar as exigências de investigação e de verificação próprias do conhecimento científico e as exigências da reflexão propostas no conhecimento filosófico"². Este objectivo é mais bem alcançado se se adoptarem métodos de investigação como as já referidas técnicas multimétodos ou de métodos mistos e da cristalização. Deste modo evitam-se visões

unifocais e limitadas das situações, alcançando-se um entendimento mais abrangente das problemáticas. Na própria análise dos dados da investigação, os modelos de análise que assumem relações lineares entre factores associados a um fenómeno ou tentam compreender o real através da limitação simplista dos factores em causa estão cada vez mais postos de parte. Galea et al ²⁹ dão forma a estas dúvidas no seu artigo “Causal thinking and complex system approaches in epidemiology” reconhecendo que os fenómenos podem ser influenciados por variados factores a múltiplos níveis, incluindo o biológico, o comportamental e o grupal e que as inter-relações, muitas vezes não lineares, entre esses factores incluem mecanismos de retro-alimentação dinâmicos que se modificam ao longo do tempo e que a formulação de causa – qualquer coisa que faz a diferença – tem de ser considerada segundo esta nova abordagem. Estes autores avançam, como caminho para lidar com esta nova compreensão, a adopção de métodos e modelos computacionais dinâmicos dos sistemas complexos “*complex systems dynamic computational models*”. Estes autores acreditam, mesmo, que estes métodos vão tornar-se a língua franca da epidemiologia nos próximos anos (à semelhança dos modelos de regressão) ainda que não devam ser considerados como a panaceia para todos os problemas, reforçando que a utilidade destes modelos será proporcional à qualidade dos dados de entrada e das suposições prévias à construção desses modelos que devem estar alicerçadas numa parametrização tangível e baseada na evidência.

1.2.2 O Modelo Salutogénico e a Qualidade de Vida

O modelo salutogénico de abordagem dos processos de saúde-doença e a qualidade de vida são conceitos já não emergentes, mas que estão a sedimentar-se fortemente nos esquemas conceptuais

adoptados pelos profissionais da saúde e pelos organismos responsáveis pelo delineamento das políticas da saúde, com linhas de investigação cada vez mais produtivas e referências cada vez mais presentes^{30,4}.

1.2.2.1 O Modelo Salutogénico

Na compreensão da pessoa e dos processos saúde-doença é fulcral reconhecer a interligação e interacção dinâmica dos vários sistemas auto-regulados que neles intervêm: bioquímico, celular, fisiológico, psicológico, social, histórico, ambiental, político, cultural... Os fenómenos de saúde e doença resultarão mais destas interacções do que da disfunção de componentes isolados^{31,3}. Por sua vez, saúde e doença, em vez de elementos distintos, fazem parte de um mesmo continuum multidimensional saúde-doença, no qual cada pessoa está situada e nele progredindo ou regredindo em relação aos seus pólos^{32,33}.

Este é o modelo salutogénico, uma concepção positiva e complementar da fornecida pelo modelo patogénico prevalente. No modelo patogénico doença e saúde aparecem dicotomicamente separadas³⁴ e o corpo humano surge como uma organização mecanicista que mantém a homeostasia através de mecanismos de regulação que podem ser comprometidos pela acção de “stressores” e lesado, agudo, crónico ou letalmente^{32,34}; a ênfase é colocada nas causas da doença, nos factores de risco e nos efeitos de doenças particulares, tentando encontrar-se os meios do seu controlo.

O modelo salutogénico (origens da saúde) assume que os “stressores” são omnipresentes e nunca poderão ser completamente anulados. Considera o ser humano num estado de desequilíbrio dinâmico, importando centrar a atenção nos factores envolvidos no posicionamento da pessoa no continuum, rumo ao extremo saúde³³.

Este modelo rejeita a classificação dicotômica pessoas saudáveis - pessoas doentes e tenta superar o poder redutor da etiologia da doença, considerando a experiência totalizadora da vida da pessoa. Importa investigar quais os factores que, num ambiente de “stressores”, permitem uma resposta favorável à saúde – quais os factores de saúde^{32,34}.

A resposta de A. Antonovsky, principal teórico do modelo salutogénico, está no que chamou de recursos gerais de resistência – ego, poder, dinheiro, auto-estima, inteligência, conhecimento, educação, orientação para a prevenção, estabilidade cultural, suporte social... Estes recursos gerais de resistência proporcionam mais meios para fazer face aos desafios que surgirem e levam a experiências de vida que podem estruturar um sentido interno de coerência ou sentido de coerênciaⁱⁱⁱ robusto, uma maneira de fazer face ao mundo que facilita a adaptação com sucesso aos “stressores” do dia-a-dia^{32,30}. O sentido de coerência é visto como uma orientação global, uma atitude que mede o modo como as pessoas encaram a vida e, em situações de stresse, identificam e usam os seus recursos gerais de resistência para manter ou desenvolver a sua saúde³⁰. O sentido de coerência define a capacidade que um indivíduo, com um persistente e dinâmico sentimento de confiança, tem para encarar os estímulos intrínsecos (do próprio - aspirações, necessidades, medos...) ou extrínsecos (dos contextos da família, do trabalho, da sociedade,...) como estruturados, previsíveis e explicáveis (a dimensão da compreensibilidade), considerando ter ao seu alcance os recursos para satisfazer as exigências colocadas por esses estímulos (a dimensão da maneabilidade) e sendo essas exigências encaradas como desafios, que merecem o seu investimento e empenho (a dimensão da significabilidade)^{30,34}. Este sentido de coerência vai

ⁱⁱⁱ “sense of coherence”

sendo estruturado ao longo da vida de cada um e pode evoluir e ser alvo de tentativas de melhoria^{iv}. A. Antonovsky defendia que a robustez do sentido de coerência é influenciada por três experiências de vida diferentes – consistência, avaliação positiva-negativa que cada um faz da sua vida e participação em decisões consideradas socialmente importantes. Estas experiências são moldadas pela posição de cada um na estrutura familiar e social, pela própria cultura, pelo trabalho que tem, sexo, etnia, genética,...³². A grande implicação para os conceitos de saúde é que a orientação que cada um confere à sua vida tem um impacto na sua saúde³⁰; o que significa que os indivíduos têm de ser capazes de identificar e compreender as suas aspirações, assim como satisfazer as suas necessidades e lidar com o ambiente em que vivem; este processo proporciona não só adaptação ao stress, mas também a flexibilidade e a capacidade para identificar e usar os recursos gerais de resistência.

A. Antonovsky era um sociólogo e considerava o desenvolvimento de um forte sentido de coerência em todos os indivíduos uma responsabilidade social³⁰. Alguns autores consideram mesmo que o sentido de coerência é um factor promotor de equidade ao proporcionar uma melhor capacidade de adaptação³⁵ e que poderia ser alvo de tentativas de estruturação nomeadamente no sistema educativo.

Esta abordagem salutogénica pode ser transferida da dimensão individual para grupos, organizações, sistemas ou políticas^{30,35}:

- centrando as definições e concepções naquilo que lhes é nuclear e singular e menos no que o não é e no que os distingue dos outros (a dimensão da compreensibilidade);
- disponibilizando os meios para se compreender a sociedade, os sistemas, as organizações, a actividade de cada um e dos outros, as

^{iv} Existem instrumentos para medir o sentido de coerência como o Orientation to Life Questionnaire³⁰

problemáticas com que se tem que lidar , integradas no seu contexto (a dimensão da compreensibilidade);

- realçando os pontos positivos e as oportunidades tanto como os pontos negativos e as ameaças, evidenciando os recursos, próprios, da organização, do sistema, da sociedade que podem ser activados e como (a dimensão da maneabilidade);
- apostando em estratégias que orientem rumo ao pólo positivo/saúde (a dimensão da maneabilidade);
- desenvolvendo e reforçando os recursos gerais de resistência, favorecendo a adaptação com sucesso (a dimensão da maneabilidade);
- evidenciando a importância de assumir com empenho e perseverança uma finalidade, um objectivo, uma acção (a dimensão da significabilidade).

1.2.2.2 A Qualidade de Vida

O termo “qualidade de vida” foi empregue em política pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos, L. Johnson, em 1964 ao declarar que "os objectivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas"³⁶. Também na saúde, a exigência aumentou e os conceitos acompanharam essa evolução. O primado da pessoa total, a complexidade dos sistemas que influenciam a saúde e objectivos mais ambiciosos do que aliviar sintomas e prolongar a vida, tornaram mais exigente a avaliação de todo o processo dos cuidados de saúde e dos seus resultados⁴. A Organização Mundial da Saúde colocou a fasquia bem alta: saúde não é só a ausência de doença, mas o estado de completo bem-estar físico, mental, social e espiritual³⁰ (ou mesmo a definição da WONCA - Organização Mundial de Médicos de Família - que retirou o “completo” desta definição e o substituiu por um “óptimo” e omitiu a

referência ao espiritual: “um estado de bem-estar físico, mental, e social óptimo e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”³⁷). A saúde surge então como um recurso para a vida do dia-a-dia e uma importante dimensão da qualidade de vida. A própria noção de promoção da saúde, como apresentada na Carta de Ottawa, descreve um processo que, através da saúde, se propõe alcançar qualidade de vida: é o processo de capacitação das pessoas para aumentar o controlo sobre a sua saúde, e melhorarem-na para alcançarem um estado de bem-estar óptimo e uma vida activa e produtiva.

A contribuir para esta evolução nos conceitos de saúde está igualmente a posição que a satisfação com os cuidados de saúde ocupa como objectivo das organizações de saúde e a crescente importância dos movimentos de consumidores que definem a satisfação destes como um resultado necessário, desligado até da eficácia da intervenção^{38,39}. Esta mudança definiu o contexto propício para que o conceito de «qualidade de vida» se tornasse incontornável na clínica, na investigação e no planeamento das políticas de saúde. Qualidade de vida é a “percepção do indivíduo quanto à sua situação de vida tendo em conta a cultura, o sistema de valores em que vive e os seus objectivos, expectativas, referências e preocupações” (Organização Mundial da Saúde)⁴⁰. É um conceito abrangente, multidimensional colocando ênfase naquilo que é valorizado pela pessoa, nomeadamente em que medida as suas funções físicas, emocionais e intelectuais estão asseguradas e até que ponto é garantida a sua capacidade para participar em actividades tidas como importantes pelo próprio na família, no trabalho e na comunidade⁴¹.

A evolução deu-se também na área instrumental, na construção de instrumentos de medida para avaliar este novo conceito. Dois merecem uma referência: o questionário WHOQOL por ser um

elemento de referência na área da qualidade de vida e pela menção ao trabalho como elemento importante da qualidade de vida, e o questionário SF-36, novamente pela valorização da área do trabalho e pela sua aceitação e utilização extensas na investigação em qualidade de vida^{42,43,44,45} mas também pela utilização de uma das suas questões nesta tese. Utilizou-se a questão referente à auto-avaliação do estado de saúde: “Em geral, diria que a sua saúde é” a responder numa escala ordinal de 5 pontos – Óptima; Muito boa; Boa; Razoável; e Fraca. Aqui importa realçar que a auto-avaliação do estado de saúde tem um valor preditivo na probabilidade de se ficar doente ou de morrer^{46,47,48} sendo, portanto, uma variável importante a introduzir para uma avaliação sucinta e global do estado de saúde .

1.2.2.3 A Pessoa, o Modelo Salutogénico e a Qualidade de Vida

Fechando o círculo, foram efectuadas e publicadas em 2006 e 2007^{30,33} , duas revisões sistemáticas dos artigos e dissertações de doutoramento publicados no período 1992 – 2003 que abordavam os conceitos da salutogénese, do sentido de coerência e as suas relações com a qualidade de vida e com a saúde. Dos 458 documentos encontrados na busca, foram seleccionados 32 com base nos critérios adoptados, incluindo estudos transversais, longitudinais e qualitativos.

Como principal conclusão, temos que o sentido de coerência parece ter impacto na qualidade de vida: quanto mais elevado, melhor a qualidade de vida (correlações iguais ou superiores a 0,5 quando se utilizavam instrumentos específicos para medir a qualidade de vida)³⁰. Estudos longitudinais em pessoas com doenças ou saudáveis confirmaram a validade preditiva do sentido de coerência para uma boa qualidade de vida no futuro não só a nível individual, mas também a nível do sentido de coerência e qualidade de vida familiar. Estas conclusões vão, de certo modo, ao encontro dos

processos que a Carta de Ottawa preconiza para a promoção da saúde e os processos que capacitam a pessoa para alcançar qualidade de vida³⁰.

Na mesma direcção, as relações do sentido de coerência com a saúde auto-percepcionada e principalmente com a saúde mental aparecem fortes na investigação existente, ainda que mais fortemente nas pessoas com um sentido de coerência mais robusto (para pessoas com um sentido de coerência mais mediano ou mais fraco, a relação não parece ser tão clara)³³. O sentido de coerência parece ter, portanto, um papel moderador ou mediador na explicação da saúde, ainda que não conseguindo explicá-la por si só³³.

Para reforçar estas concepções, foi efectuado um estudo³⁵ numa província da Finlândia – Aland – que tinha como uma das características distintivas apresentar índices de saúde superiores aos dos outros países nórdicos assim como uma esperança de vida mais longa. Esta província tinha um estatuto de maior autonomia do que as outras na Finlândia, uma taxa de desemprego das mais baixas da região e um produto interno bruto per capita mais elevado entre os países nórdicos. Foi efectuada uma amostra representativa do grupo etário 40-70 anos e executado um estudo transversal que mediu o sentido de coerência, a depressão auto-reportada, o estado de saúde auto-percepcionado (numa escala de 5 pontos). O sentido de coerência estava significativa e fortemente relacionado com o estado de saúde auto-percepcionado e com a depressão (quanto maior o sentido de coerência, maior o nível de saúde auto-avaliado e menor o grau de depressão) e foram fornecidas indicações de poder ser, igualmente, um bom indicador de saúde mental³⁵.

Como implicação mais geral de tudo o que foi dito neste capítulo está a possibilidade de desenvolver o conceito de saúde,

incorporando a salutogénese e a qualidade de vida: o sentido de coerência é um factor de saúde, influenciando a qualidade de vida. Quanto ao conceito de promoção da saúde, por seu lado, é proposto que se desenvolva para ser entendido como o processo de capacitar indivíduos, grupos ou sociedades para aumentar o controlo e melhorar a sua saúde física, mental, social e espiritual. Isto poderia ser atingido com a criação de sociedades caracterizadas por estruturas e ambientes capacitadores em que as pessoas estariam aptas a identificar os seus recursos internos e externos, a usá-los e reusá-los para realizar as suas aspirações, satisfazer as suas necessidades, apreender o sentido das coisas e mudar ou adaptar-se ao ambiente de um modo promotor da saúde³⁰.

1.2.2.4 A Pessoa, o Modelo Salutogénico, a Qualidade de Vida, a Qualidade e a Satisfação no Trabalho

O modelo salutogénico pode ser utilizado, como foi visto, na prestação directa de cuidados, mas também na gestão das unidades de saúde. Uma abordagem da satisfação no trabalho neste modelo colocaria a satisfação no trabalho como uma construção assente num continuum satisfação-insatisfação multidimensional dependente do contexto do trabalho e, por outro lado, da singularidade de cada um. O foco estaria nos factores que fazem evoluir a situação de cada trabalhador e de cada organização no sentido de uma maior satisfação no trabalho; esses factores traduziriam o esforço que tem de ser desenvolvido em três eixos para aumentar o “sentido de coerência”:

- aumentar a compreensão do que é a satisfação no trabalho e do que está em jogo e assim proporcionar um maior controlo cognitivo do trabalho e da satisfação a ele associada, permitindo apreender, cada vez mais, o que se está a passar em cada momento e em termos gerais (compreensibilidade);

- desenvolver a competência de cada trabalhador e de cada organização na mobilização de recursos endógenos e exógenos para fazer face ao que é essencial à satisfação no trabalho (maneabilidade); e
- reforçar a atitude de que ter satisfação no trabalho é um objectivo que merece o empenho de todos e que o esforço de tentar construir uma situação de trabalho mais satisfatória para todas as partes envolvidas é sempre relevante (significabilidade).

A qualidade de vida de cada trabalhador surge, então, pela sua multidimensionalidade, abrangência e foco na singularidade de cada trabalhador e da sua situação:

- como objectivo de todas as intervenções; e
- como importante indicador associado ao sucesso global das estratégias para melhorar a satisfação no trabalho.

Por seu lado, os modelos que analisam as organizações com indicadores análogos aos da qualidade de vida , multidimensionais, abrangentes, adaptados à realidade das organizações, surgem igualmente como os indicadores a procurar para o objectivo da «qualidade de vida» da organização – as suas efectividade e eficiência organizacionais. Para esta avaliação, Kreitner et al¹⁰ lembram-nos que não há uma abordagem única que se adeque a todas as circunstâncias e a todos os tipos de organização. O melhor conjunto de critérios deve ser obtido na auscultação de todas as partes interessadas relevantes da organização em confronto com a missão e valores da organização (ver secção 2).

1.2.3 A ciência hoje

M Susser⁴⁹, em 1989, no seu artigo "Epidemiology Today" não podia ser mais oportuno e identificava a necessidade de uma redefinição da epidemiologia, defendendo que esta deveria ganhar profundidade, amplitude e auto-consciência e ainda afirmar-se como uma ciência da saúde pública. É uma reflexão que se pode extravar a outros domínios da ciência e que interessa considerar em maior detalhe.

A epidemiologia, portanto, deveria entrar em profundidade na hierarquia dos níveis de organização dos fenómenos que estuda, devendo considerar o ecológico e o individual e, dentro deste, os níveis psicológico, fisiológico e molecular. Para tal, seria necessário, simultaneamente, adaptar os instrumentos de medida que se utilizam, os desenhos de estudo que se adoptam e escolher os métodos apropriados a cada nível.

Paralelamente, a epidemiologia deveria evoluir em amplitude e analisar os resultados da investigação no seu contexto social. A ciência é uma instituição social sujeita e sensível às forças sociais, directa e indirectamente, e com valores moldados por essas forças, sendo relativas a autonomia e margem de independência que a ciência mantém. A epidemiologia como ciência humanística que é, funde-se inevitavelmente com a sociedade, tornando necessária a tomada de consciência das forças sociais que a influenciam para limitar as distorções daí decorrentes; esta tomada de consciência beneficia com o contributo das ciências sociais. As ciências sociais são também importantes na tal compreensão mais vasta, mais ampla, dos fenómenos que a epidemiologia aborda assim como na generalização de resultados ao nível da sociedade. Por outro lado, os resultados da epidemiologia muitas vezes não são neutros e a interpretação desses resultados é sujeita a pressões políticas e sociais.

Em terceiro lugar, a epidemiologia e a ciência em geral deveriam procurar a auto-consciência, reconhecendo que os cientistas são, eles também, seres sociais e não estão imunes às pressões que emergem inevitavelmente da sociedade onde operam. A chave para melhor lidar com essas pressões é assumir abertamente, perante nós próprios e os outros, os nossos valores pessoais e profissionais. Uma auto-consciência crítica é, ainda, uma defesa contra a infiltração de vieses pessoais e sociais na ciência. Mervyn Susser afirma mesmo que uma neutralidade acrítica pode ter mais implicações do que um compromisso aberto e evidente. Reflectindo e enfrentando o paradoxo, pode-se dizer que a objectividade, apesar de propósito necessário e permanente, é, talvez, mais abordável pela assunção clara da subjectividade. Anais Nin dizia: *vemos as coisas não como elas são, mas como nós somos*. Investigamos, interpretamos, apresentamos as coisas também como nós somos, poderia ser dito.

Por último, Susser diz que a epidemiologia está inextrincavelmente ligada à saúde pública através dos seus valores humanistas e utilitários.

São estes, portanto, os grandes desafios para a ciência hoje: incorporar a complexidade do real e os seus múltiplos níveis e inter-relações, procurar a objectividade também pela assunção da subjectividade e reforçar a sua componente utilitária e humanista procurando tornar relevantes as suas conclusões na procura de soluções para os problemas da humanidade.

Esta abordagem tem múltiplos pontos de contacto, para não dizer de sobreposição, com os paradigmas assumidos anteriormente pelo autor desta tese (complexidade e salutogénese), com a atitude que pretende assumir enquanto investigador (o reconhecimento da importância da auto-consciência e da reaproximação das áreas tecnocientífica e humanista do conhecimento¹) e com a estratégia

de investigação que adoptou (técnicas multimétodos ou métodos mistos e a cristalização.

Referências Bibliográficas

- ¹ Mariotti H. Pensamento complexo – suas aplicações à liderança, à aprendizagem e ao desenvolvimento sustentável. São Paulo: Editora Atlas S.A.; 2007. 203 p.
- ² Morin E. Introdução ao pensamento complexo. 4ª. ed. Lisboa: Instituto Piaget; 2003. 177 p.
- ³ Brito de Sá A. A decisão em Medicina Geral e Familiar – um modelo de decisão clínica tomando como exemplo a infecção genital por chlamydia trachomatis. Lisboa: [Brito de Sá A], 2002.
- ⁴ Biscaia A. O médico de família e o mundo. In: Valente Alves M, Ramos Vítor. Medicina Geral e Familiar: da memória. 1.ªed. Lisboa: Mimesis; 2003. p. 102-13.
- ⁵ Botton A. Alegrias e tristezas do trabalho. 1.ªed. Alfragide: Publicações Dom Quixote; 2010. 378 p.
- ⁶ Alcobia P. Atitudes e satisfação no trabalho. In: Ferreira J, Neves J, Caetano A. ;Manual de psicossociologia das organizações.1.ª ed.Lisboa: McGraw-Hill;2001. p. 281-306.
- ⁷ Weiss H. Deconstructing job satisfaction Separating evaluations, beliefs and affective experiences. Human Resource Management Review 2002; 12:173–194.
- ⁸ Mira JJ, Vitaller J, Buil JA, Aranaz J, Rodríguez-Marin J. Satisfacción y estrés laboral en médicos generalistas del sistema público de salud. Atención Primaria 1994 Dic; 14 (10): 1135-1140.
- ⁹ Van Ham I, Verhoeven AA, Groenier KH, Groothoff JW, De Haan J. Job satisfaction among general practitioners: a systematic literature review. Eur J Gen Pract. 2006;12(4):174-80.
- ¹⁰ Kreitner R, Kinicki A. Organizational behavior. 7 th. Boston: McGraw-Hill Irwin; 2007. 608 p.
- ¹¹ Franco L, Bennett S, Kanfer R, Stubblebine P. Determinants and consequences of health worker motivation in hospitals in Jordan and Georgia. Soc Sci Med 2004; 58: 343–355.
- ¹² Gagne M, Deci E. Self-determination theory and work motivation. J. Organiz. Behav. 2005; 26: 331–362
- ¹³ Schillacci. Immunization Coverage and Medicaid Managed Care in New Mexico: A Multimethod Assessment. Ann Intern Fam Med [Internet]. 2004 Feb [cited 2010 March 3];2(1): 13-21. Available: <http://www.annfammed.org/cgi/content/abstract/2/1/13>
- ¹⁴ Borkan J. Mixed Methods Studies: A Foundation for Primary Care Research. Annals of Family Medicine [Internet]. 2004 [cited 2010 March 3];2(1):4-6. Available: <http://www.annfammed.org/cgi/content/full/2/1/4>
- ¹⁵ Thomas P, McDonnell J, McCulloch J, While A, Bosanquet N, Ferlie E. Increasing capacity for innovation in bureaucratic primary care organizations: a whole system participatory action research project. Ann Fam Med. [Internet]. 2005 [cited 2010 March 3];3: 312-317. Available: <http://www.annfammed.org/cgi/content/full/3/4/312/DC1>
- ¹⁶ Kernick D. Facilitating resource decision making in public organizations drawing upon insights from complexity theory. In: Dennard L, Richardson K, Morçöl G. Complexity and policy analysis. 1st ed.USA:ISCE Publishing;2008. p 105-115. In: Valente Alves M, Ramos Vítor. Medicina Geral e Familiar: da memória. 1.ªed. Lisboa: Mimesis; 2003. p. 102-13.

-
- ¹⁷ Mariotti H. Organizações de aprendizagem – educação continuada e a empresa do futuro. São Paulo: Editora Atlas S.A.; 1996. 176 p.
- ¹⁸ Ahluwalia S, Clarke R, Brennan M. Transforming learning: the challenge of interprofessional education. *Hospital Medicine* 2005;66(4):236-238.
- ¹⁹ Davies HTO, Nutley S. Developing learning organisations in the new NHS. *BMJ* 2000;320:998-1001.
- ²⁰ Schrum B. Leadership and learning in health care. *MGMA Connex*. 2005 Aug;5(7):38-41.
- ²¹ Rushmer R, Kelly D, Lough M, Wilkinson JE, Davies HT. Introducing the Learning Practice – I. The characteristics of learning organizations in Primary Care. *J Eval Clin Pract* 2004 Aug;10 (3): 375-86.
- ²² Rushmer R, Kelly D, Lough M, Wilkinson JE, Davies HT. Introducing the Learning Practice – III. Leadership, empowerment, protected time and reflective practice as core contextual conditions. *J Eval Clin Pract* 2004 Aug; 10 (3): 399-405.
- ²³ Rushmer R, Kelly D, Lough M, Wilkinson JE, Davies HT. Introducing the Learning Practice – II. Becoming a learning practice. *J Eval Clin Pract* 2004 Aug; 10 (3): 387-98.
- ²⁴ Wilkinson JE, Rushmer RK, Davies HT. Clinical governance and the learning organization. *J Nurs Manag* 2004 Mar; 12(2): 105-13.
- ²⁵ Lapão L. Desafios da complexidade no desenvolvimento de uma Rede de Cuidados de Saúde: procurando a participação do cidadão. *Rev Port Clin Geral* 2007;23:755-63.
- ²⁶ Lapão L. The Role of Complexity Dynamics in the Innovation Process within the new Primary-Care Governance Model in Portugal. *The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal*. 2008;13(3): article 8.
- ²⁷ Swanson D, Barg S, Tyler S et al. Seven guidelines for policy-making in an uncertain world. In *Creating adaptive policies. A guide for policy-making in an uncertain world*. Darren Swanson, Suruchi Bhadwal ed. New Delhi:Sage Publications.2009; 168 p.
- ²⁸ Atun R, Menab N, Saluevre K et al. Introducing a complex health innovation—Primary health care reforms in Estonia (multimethods evaluation). *Health Policy* 2006; 79 (2006) 79–91.
- ²⁹ Galea S, Riddle M, Kaplan G. Causal thinking and complex system approaches in epidemiology. *International Journal of Epidemiology* 2010;39:97–106.
- ³⁰ Eriksson M, Lindström B. Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review *J Epidemiol Community Health* 2007;61:938-944.
- ³¹ Wilson T, Holt T., Greenhalgh T. Complexity and clinical care. *BMJ* 2001;323:685-8.
- ³² Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*. 1996;11(1):11-8.
- ³³ Eriksson M, Lindström B. Antonovsky's sense of coherence scale and relation with health: a systematic review. *Epidemiol Community Health* 2006;60:376-381.
- ³⁴ Saboga Nunes L. O sentido de Coerência: operacionalização de um conceito que influencia a saúde mental. Lisboa:[Saboga Nunes L], 1999.
- ³⁵ Eriksson M, Lindström B, Lilja J. A sense of coherence and health. Salutogenesis in a societal context: Åland, a special case? *Epidemiol Community Health* 2007;61:684-688.
- ³⁶ OMS. Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL) 1998 [cited 2009 Jun];Available: <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol1.html#1>
- ³⁷ APMCG. Glossário para medicina geral e familiar. Coimbra: APMCG;1997. 120 p.
- ³⁸ Linder-Pelz S. Toward a theory of patient satisfaction. *Social Science and Medicine* 1982;16(5):577-82.
- ³⁹ Baker R. Development of a questionnaire to assess patient's satisfaction with consultations in general practice. *British Journal of General Practice* 1990;40:487-90.
- ⁴⁰ Bowling A. Measuring Disease: A Review of disease-specific quality of life measurement scales. 1st ed. Buckingham, Philadelphia: Open University Press;1995.

-
- ⁴¹ Santos O, Biscaia A. Qualidade de Vida, Saúde e Doença. In: APMCG Manual de Medicina Geral e Familiar: Versão 0.01 [CDROM]. Lisboa:APMCG; 2001.
- ⁴² Campolina A, Ciconelli R. O SF-36 e o desenvolvimento de novas medidas de avaliação da qualidade de vida. *Acta Reumatológica Portuguesa*. 2008;33:127-133.
- ⁴³ Ware J. SF-36 Health Survey Update. *SPINE* 2000; Volume 25, Number 24, pp 3130–3139.
- ⁴⁴ Ferreira P. Criação da Versão portuguesa do MOS SF-36. Parte I – Adaptação cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa* 2000;13:55-66.
- ⁴⁵ Ferreira P. Criação da Versão portuguesa do MOS SF-36. Parte II – Testes de validação. *Acta Médica Portuguesa* 2000;13:119-127.
- ⁴⁶ Meurer LN, Layde PM, Guse CE. Self-rated health status: a new vital sign for primary care? *WMJ*. 2001;100(7):35-9.
- ⁴⁷ Menec VH, Chipperfield JG, Perry RP. Self-perceptions of Health: a Prospective Analysis of Mortality, Control, and Health. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 1999; 54(2):85-93.
- ⁴⁸ Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav*. 1997 Mar;38(1):21-37.
- ⁴⁹ Susser M. Epidemiology Today: A Thought-Tormented World. *International Journal of Epidemiology* 1989 Vol. 18, No. 3 481-488.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A satisfação no trabalho é assumida nesta tese como um factor charneira entre o universo individual do trabalhador (com a influência familiar e social) e a organização onde exerce a sua actividade (com a sua estrutura, processos, fluxos de energia, resultados e relações pluridireccionais com múltiplos outros sistemas).

O Homem, lembrando H. Mariotti¹, é “um ser-no-mundo”, “um ser-com-os-outros” e tem de ser entendido ao longo da sua interacção com os outros e com o mundo, nas suas múltiplas interfaces. Tal como os seres vivos, as organizações de saúde não são estanques nem estão isoladas e só podem ser compreendidas completamente conhecendo-se, para além das suas características próprias, também a sua teia de inter-relações e circularidades complexas com os cidadãos, com os profissionais, com os vários níveis de administração, com o sistema de saúde, com os parceiros, com a comunidade, com a sociedade, com o ambiente.

Neste enquadramento teórico, começaremos por apresentar definições, modelos conceptuais e revisões teóricas dos conceitos mais importantes utilizados nesta tese. Abordam-se as dimensões individual, organizacional da satisfação no trabalho, depois a relação entre estas duas dimensões e a vinculação dos indivíduos às organizações, concluindo-se com os conceitos e teorias centrais de enquadramento da tese - motivação e satisfação no trabalho.

A lógica desta estruturação é a seguinte: o trabalho surge de uma relação entre uma pessoa, com o seu capital humano, e uma organização; essa relação é potenciada pelo capital social desenvolvido e pode encontrar tradução na motivação e satisfação no trabalho.

2.1. Definições e modelos conceptuais

As pessoas são diferentes umas das outras e têm um capital hereditário e biográfico único: o seu capital humano. Estas pessoas, no mundo do trabalho e principalmente (como é o caso dos médicos de família em Portugal) quando são escassos para a procura existente, terão tendência a comportar-se como investidores desse capital de extremo valor que aplicarão onde dele tiverem mais retorno (rendimento, formação, satisfação, realização ...). Os profissionais entregam, pois, esse capital “cuidadosamente e exigem um valor em troca da sua contribuição... São investidores num negócio em que entram com capital humano e esperam obter um lucro do seu investimento”². As organizações, por seu lado, têm a sua missão, a sua visão, os seus valores, os seus objectivos, a sua cultura, a sua história, a sua prática e pretendem captar e reter os profissionais que melhor a elas se adequem e deles obter o que necessitam. Para isso, desenvolvem estruturas, estratégias e sistemas de gestão, nomeadamente de recursos humanos, para obterem os resultados pretendidos. A sociedade onde as pessoas e as organizações vivem, por seu lado, influencia e é influenciada por toda esta interacção através da sua cultura e valores, do seu desenvolvimento, das suas leis. Na interface entre estes dois universos – individual e organizacional – está o capital social, o potencial produtivo das teias de relações entre pessoas e grupos.

Este é um enquadramento útil para estudar as dimensões individuais e organizacionais do trabalho e as relações entre elas.

2.1.1. Capital humano

T.Peters, autor da área da gestão, dizia: “eu não sou um recurso humano, eu sou uma pessoa”, e uma pessoa única com os seus traços de personalidade, as suas crenças, os seus valores pessoais, as suas atitudes³, as suas capacidades, o seu desempenho – o seu capital humano. Capital humano pode ser definido como o potencial produtivo das capacidades e acções de um indivíduo³.

2.1.1.1. Capacidades, competências, comportamentos e desempenho

Capacidades surgem na definição de T. Davemport²¹ como “a perícia numa série de actividades ou formas de trabalho” e englobam três componentes:

- o conhecimento (domínio de um conjunto de informações e saberes requerido para desempenhar um cargo, representando o contexto intelectual dentro do qual a pessoa actua²),
- a técnica (familiaridade com os meios e os instrumentos para realizar uma determinada tarefa; pode abarcar desde a força e destreza físicas a uma aprendizagem especializada) e
- o talento (faculdade inata para realizar uma tarefa específica, que pode ser aperfeiçoada pela prática; é um conceito aproximado de aptidão – englobando aspectos sensoriais, motores, de inteligência e linguagem⁴).

Competência é a capacidade para determinada acção, “abarca um leque de técnicas, conhecimentos, talentos e condutas necessários para desempenhar um trabalho”². A competência, uma capacidade – o saber e o saber-fazer –, é um importante pré-requisito para o desempenho⁵ - que é um comportamento; o que se faz e

como se faz^v. Os comportamentos, como o desempenho, surgem como meios observáveis da actuação que contribuem para a realização de uma tarefa².

T. Davemport apresenta a chamada “equação do capital humano”²

Investimento do capital humano = [capacidade + comportamento] x esforço x tempo.

Esta equação evidencia o resultado da adição da capacidade certa e do comportamento adequado para uma determinada acção, mas que, para se manifestar, necessita da condição “tempo” (“o elemento cronológico do investimento do capital humano”, podendo ser horas, anos de uma carreira ou outro²) e da energia – “esforço” (“a aplicação consciente dos recursos mentais e físicos a um fim concreto”²). Nesta equação e para esta tese, a chave é o esforço², e este esforço depende de uma série de factores ligados à vinculação do trabalhador à organização, da sua motivação no trabalho e da sua satisfação no trabalho, de que se falará mais adiante.

Uma organização só conseguirá obter os resultados que pretende se conseguir captar, manter, enquadrar, apoiar e motivar trabalhadores com as competências certas para um desempenho optimizado. Quer as competências quer o desempenho estão relacionadas com factores do sistema e da organização em que o trabalho acontece assim como por factores individuais, sejam experiências passadas de aprendizagem, características biográficas (idade, percursos profissionais, etc.), aptidões, personalidade^{3,4}. A

^v Uma competência pode ser avaliada por, por ex., um exame numa situação experimental (a competência de executar uma apendicectomia – saber como abordar a situação, os passos da cirurgia, que instrumentos utilizar, etc) já o desempenho só pode ser avaliado numa situação real de actividade e de utilização dessas competências (o desempenho na execução de apendicectomias mede-se no número de apendicectomias realizadas, no número de apendicectomias em que não existia apendicite, no número e tipo de complicações resultantes, nomeadamente mortes, etc).

procura de competências é o mecanismo pelo qual os indivíduos compreendem e controlam o seu ambiente²; é parte do seu capital humano para investir.

2.1.1.2. Personalidade e desempenho

O conhecimento das características individuais dos profissionais é um factor importante para a compreensão da motivação e da satisfação no trabalho assim como do comportamento de cada profissional quer individualmente quer integrado numa equipa ou organização.

O modo como os indivíduos reagem às várias situações, de trabalho ou outras é fruto da influência mútua e interactiva, da hereditariedade e do meio, nomeadamente da sua personalidade e das experiências passadas de aprendizagem. Vários estudos associaram traços da personalidade com o desempenho. Personalidade pode ser definida como o conjunto das características físicas e mentais estáveis responsáveis pela identidade de uma pessoa³. Estudos referenciados por Kreitner & Kinicki³ revelaram que a extroversão estava associada positivamente a promoções, níveis salariais mais elevados e satisfação com a carreira. Um estudo⁶ de coortes no Reino Unido que seguiu 1668 médicos desde a entrada na escola médica e durante 12 anos revelou que níveis mais altos de stresse, de exaustão emocional (sinal de burnout) e mais baixos de satisfação geral com a medicina estavam relacionados com traços da personalidade (avaliados 5 anos antes). Kreitner & Kinicki³, por outro lado, referem estudos que apontam para um tipo de personalidade que identificam como um capital humano muito valioso, por estar associado com o sucesso: a personalidade proactiva. Os indivíduos com este tipo de personalidade são pessoas orientadas para a acção, que têm iniciativa e perseveram para

mudar coisas, podendo fazer a diferença e significar sucesso quer individual quer para as equipas ou organizações em que trabalham.

2.1.1.3. Atitudes e valores

Para além da personalidade, os valores e as atitudes modulam as acções de cada indivíduo.

Os valores traduzem convicções fundamentais a propósito da conduta ou acção individualmente e/ou socialmente consideradas como desejáveis, certas ou boas ou objectivos desejáveis^{3,4}: “os valores revelam o que as pessoas querem que seja verdade”⁷. Cada um vai construindo o seu sistema de valores, hierarquizando-os, através de processos de socialização (familiar, escolar, organizacional, social, cultural, etc.). Os valores podem ser classificados em fundamentais (objectivos desejáveis para alcançar durante a vida como paz, igualdade, sabedoria, salvação, etc.) ou instrumentais (modos desejáveis de comportamento pelos quais se tenta atingir os objectivos desejáveis como ambição, coragem, responsabilidade, independência, etc.)^{3,4}. Podem existir conflitos de valores com uma série de consequências individuais e para as organizações. Os conflitos de valores intrapessoais, por ex. entre valores instrumentais e fundamentais, podem resultar em stresse. Os conflitos de valores interpessoais, esses, podem ser um impedimento para uma boa dinâmica dentro de uma equipa. Os conflitos de valores indivíduo-organização, por seu lado, podem ter implicações importantes na satisfação no trabalho, na vinculação à organização, no desempenho, no potencial para o sucesso profissional, no stresse ou no *turnover*⁸.

A satisfação no trabalho nesta tese é abordada como uma atitude, justificando-se uma exploração mais detalhada do conceito de atitude. P. Alcobia traduz a definição de 1954 de Allport sobre o

que é uma atitude⁷: “atitude é um estado de preparação mental ou neural, organizado através da experiência e exercendo uma influência directa ou dinâmica sobre as respostas individuais a todos os objectos e situações com que se relaciona”. As atitudes dirigem-se a situações específicas e objectos – os objectos atitudinais (incluindo entidades concretas como pessoas, uma marca de carro, a chefia ou conceitos abstractos como democracia, oportunidades de carreira) –, reflectindo vivências e reacções do indivíduo relativamente a esses objectos e revestindo, por isto, características avaliativas. Têm um carácter duradouro e, por se referirem a processos mentais, não são tangíveis nem observáveis directamente, derivando a sua existência de um acto de inferência⁷.

A maior parte das teorias sobre atitudes, fundamenta-as com base em três componentes principais – cognitiva, afectiva e comportamental^{7,8}. A componente cognitiva caracteriza-se pelas percepções e crenças^{vi} acerca do objecto atitudinal – pode-se ter uma atitude positiva em relação ao trabalho em equipa, por ex., por se acreditar que essa forma de trabalhar trará benefícios para a organização. A componente afectiva caracteriza-se pelo sentimento associado a um dado objecto – pode-se, por exemplo, gostar de trabalhar em equipa e, em particular, com os colegas de trabalho da altura, o que leva a reforçar a atitude positiva em relação ao trabalho em equipa por este aumentar as relações entre colegas. E, finalmente, a componente comportamental que se define como uma tendência para a acção em relação a um objecto de uma forma específica e consistente; o que uma pessoa pretende ou espera fazer em relação a um dado objecto atitudinal – no caso, concentrar esforços e adoptar comportamentos que levem a que se mantenha a opção

^{vi} As crenças indicam o que o indivíduo acredita ser verdade⁷; crenças são afirmações - *propositional statements* - em relação ao objecto, que as pessoas que os formulam acreditam ser verdade, por ex.: esta companhia remunera melhor do que as outras⁸

pelo trabalho em equipa. As teorias sobre atitudes favorecem a ideia de que o comportamento final é função destes três componentes atitudinais³.

Por outro lado, autores como H. Weiss afirmam que uma atitude é, principalmente, uma avaliação ou apreciação avaliativa (*"evaluative judgment"*⁸) formulada em relação a um objecto atitudinal. H. Weiss defende que a investigação sobre atitudes conduz à conclusão de que a propriedade fundamental e essencial das atitudes é a avaliação citando autores como Petty, Wegener and Fabrigar (1997)⁸ que definem atitudes como avaliações sumárias de objectos (o próprio indivíduo, outras pessoas, objectos, temas, etc.) ao longo de uma dimensão, indo do positivo ao negativo. Um argumento em favor desta interpretação é que os instrumentos de medidas de atitudes solicitam aos respondentes que coloquem o objecto atitudinal ao longo de uma escala de avaliação⁷ (por ex. uma escala de Likert que alguns autores denominam escala de avaliação⁹) e, portanto, se as atitudes podem ser medidas colocando o objecto atitudinal ao longo de uma escala de avaliação, as atitudes traduzem-se por avaliações. E estas avaliações ou apreciações avaliativas influenciam as decisões sobre os objectos visados, funcionando como dispositivos heurísticos para outras apreciações sobre esses objectos e sumariando crenças e experiências sobre esses objectos. A ponte com os conceitos mais clássicos das atitudes faz-se considerando que as experiências afectivas em relação ao objecto atitudinal, as crenças em relação ao objecto atitudinal e até os comportamentos em relação ao objecto atitudinal são vistos como factores que fornecem e reforçam a base que conduz à avaliação global. Assim, o modelo clássico tripartido não é posto de lado, mas antes reposicionado como uma descrição dos tipos de factores que influem nas avaliações bem como dos tipos de reacções influenciadas pelas avaliações⁸. É uma circularidade complexa.

Alguns estudos citados ou levados a cabo por H. Weiss utilizando medidas das várias componentes das atitudes, sugerem que a experiência com o objecto atitudinal pode aumentar a parcela do contributo das experiências afectivas para o julgamento atitudinal (ou seja, quanto mais gelados de chocolate como, mais a experiência afectiva de saborear o gelado de chocolate conta para a minha avaliação). Por outro lado, quanto aos comportamentos, se os indivíduos adoptam dados comportamentos por razões instrumentais (por ex. gosto de ser cirurgião plástico porque ganho muito dinheiro), as crenças, aquilo que se acredita ser verdade, são um melhor preditor desses comportamentos; no entanto, se se adoptarem esses comportamentos por razões não-instrumentais (por ex. gosto de ser médico de família porque acho que posso ser útil às pessoas que me consultam), serão as respostas afectivas um melhor preditor desses comportamentos.

2.1.2. Organizações

Kreitner & Kinicki³ dizem que as organizações são, essencialmente, instrumentos inventados para ter qualquer coisa executada através de um esforço colectivo. Os mesmos autores citam C. Barnard ao definirem uma organização como um sistema de actividades e forças conscientemente coordenadas de duas ou mais pessoas e identificam os quatro denominadores de todas as organizações: objectivos comuns, coordenação de esforços, divisão do trabalho e uma hierarquia da autoridade.

2.1.2.1. Tipos de organizações – das simples às adocracias, das fechadas às abertas, das privadas às públicas

As organizações têm sido vistas segundo várias perspectivas.

Na perspectiva clássica das configurações organizacionais de Mitzemberg, ainda útil por dar uma base para a evolução dos conceitos, podemos encontrar, entre outras, quatro lógicas de organização baseadas na análise do poder e da sua influência no funcionamento das organizações. É no entanto uma tipologia simplista e que raramente se pode aplicar de um modo puro a uma organização.

A primeira classe desta tipologia, a mais básica, é a estrutura simples que se caracteriza, acima de tudo, por aquilo que não é elaborado – estrutura reduzida ao mínimo, escasso suporte, baixa divisão do trabalho, pouca diferenciação das suas unidades, diminuta formalização dos comportamentos dos trabalhadores e baixo uso de tecnologias de planeamento, de formação e de ligação entre unidades; a coordenação está centralizada no vértice estratégico e é implementada através de supervisão directa¹⁰; aplica-se essencialmente a organizações de pequena dimensão ou no início da sua actividade.

A segunda é a burocracia mecanicista que adopta mecanismos de coordenação baseados na standardização do trabalho – proliferando regras, regulamentos, directrizes de conduta – e baseando a concepção do trabalho em “formas de socialização assentes num comportamento humano burocrático e formalizado”¹⁰; existe um poder de decisão relativamente centralizado assim como uma máquina administrativa elaborada, muito presente e interventiva; a tendência é para a standardização até ao mais ínfimo pormenor e para a centralização na tentativa de controlar as contingências da

incerteza do ambiente externo; surge em organizações mais maduras mas essencialmente em organizações viradas para a produção e não para a resolução de problemas.

A terceira é a lógica burocrático-profissional, centrada na standardização das qualificações. Uma característica importante é o controlo do próprio trabalho pelos profissionais que trabalham relativamente independentes uns dos outros. A coordenação dá-se por essa standardização dos conhecimentos e competências, havendo uma descentralização vertical das decisões. Enquanto que nas burocracias mecanicistas, o poder de gerar os parâmetros da actividade está na própria organização e na sua máquina administrativa, nas burocracias profissionais esse poder está nos profissionais que a compõem e também fora da organização, nas associações dos profissionais do mesmo ramo – é o poder da especialização. Os sistemas de planeamento e controlo são reduzidos e os profissionais, para adoptarem uma determinada estratégia, têm de ser a isso convencidos. Os profissionais reagem igualmente às tentativas de racionalização da sua actividade (por ex. decompondo-a em pequenas parcelas interrelacionadas) porque isso poderia abrir a porta à sua regulação administrativa e eventual perda de autonomia profissional. Neste enquadramento existe uma forte protecção estatutária e sindical dos profissionais. São tipos de organização, como as anteriores, pouco flexíveis e viradas para a produção, mas não para abraçar inovações ou grandes reformas¹⁰. Os centros de saúde, ditos de 2ª geração do SNS português (ver secção 3) podem enquadrar-se nesta tipologia.

A quarta lógica é a lógica adocrática, em que existe uma forte descentralização em favor de equipas de profissionais que procuram soluções originais e em que a coordenação se faz por ajustamento mútuo. São estruturas altamente orgânicas com pouca formalização de comportamentos. A tendência é para a formação de pequenas

equipas direccionadas para os objectivos que têm de atingir e ligadas por mecanismos, entre equipas diferentes e dentro delas, que optimizem o ajustamento mútuo para a prossecução de objectivos comuns; a informalidade prodomina nestes mecanismos de ligação. Não é possível qualquer tipo de formalização rígida de coordenação e este tipo de organização mostra um acentuado distanciamento dos princípios clássicos da gestão, principalmente em relação à unidade de comando. Também não é permeável à standardização do trabalho ou das competências e conhecimentos porque são essencialmente iconoclastas; a ideia é inovar, criar novos conhecimentos e formas de trabalhar, quebrando as barreiras entre profissões ou áreas do conhecimento – é o poder das equipas multidisciplinares, do conhecimento interdisciplinar e transdisciplinar^{vii} e da procura da inovação. Este tipo de organização fomenta a emergência de lideranças dentro das equipas e em cada área de actividade (todos podem ser líderes ou liderados e até simultaneamente), com responsabilidades especialmente na coordenação dos esforços e das pessoas. A supervisão directa e autoridade formal diminuem de eficácia e de importância e o vértice estratégico concentra-se na ligação com o exterior e na regulação de conflitos¹⁰.

Identificam-se dois tipos de adocracias; a adocracia operacional (*operating*) e a administrativa. A adocracia operacional inova e resolve problemas directamente relacionados com os destinatários da sua actividade (por ex. firmas de consultadoria, agências de

^{vii} Multidisciplinar - em que, num mesmo contexto, estão e trabalham várias disciplinas, várias profissões; Interdisciplinar - em que as várias disciplinas aprendem das outras, com as outras e sobre as outras; Transdisciplinar – gera-se conhecimento novo, integrado, resultante da interacção entre as várias disciplinas, da abolição das fronteiras entre elas e da relação com todas as interfaces que a organização estabelece com o exterior; é uma prática potenciadora e promotora de desenvolvimento pessoal, profissional e organizacional – o todo torna-se maior que a soma das partes. Ferrão A, Biscaia A. Centro de Saúde – organização de aprendizagem. Rev Port Clin Geral 2006;22:91-5

publicidade criativa, criadores de protótipos de engenharia). Neste tipo de adocracia, o trabalho administrativo e o operacional tendem a misturar-se num só.

As adocracias administrativas, por seu lado, envolvem-se em projectos para se servirem a elas próprias, para trazer novos produtos ou actividades para a sua organização. Em contraste com a adocracia operacional, existe uma clara distinção entre a componente operacional e a administrativa, para que esta última possa ser estruturada “adocráticamente” conforme as necessidades, por ex., se a parte operacional se torna mais “mecânica” e deixa de ser necessária uma estrutura adocrática operacional, ou passa a ser feita no exterior da organização ou ainda se se torna completamente automatizada, deixando de ser necessária a parte humana¹⁰. As USF – unidades de saúde familiar do SNS português (ver secção 3) podem ser consideradas um misto de burocracias profissionais e adocracias administrativas.

Na perspectiva da teoria dos sistemas, as organizações podem ser entendidas e estruturadas como sistemas fechados, entidades que funcionam isoladamente como máquinas bem programadas e oleadas tentando eliminar a incerteza do ambiente – uma visão mais mecanicista – ou como sistemas abertos, organismos vivos que necessitam para sobreviver de, constantemente, interagir com o seu ambiente, operando em estreita dependência entre os seus componentes e com os agentes do exterior, alimentando-se da informação de feedback que recebe interna e externamente – uma visão mais orgânica e complexa³. A questão-nuclear é a capacidade adaptativa. Intimamente relacionada com esta capacidade adaptativa surge o já falado conceito da “auto-organização” (ver secção 1.2.1.2), que acontece quando a organização se consegue alterar sem intervenção externa, ainda que através de processos alimentados pela interacção e feedback internos e externos¹¹. T.Peters

identifica várias capacidades nestas organizações adaptativas que trazem vantagens para a sua sustentabilidade:

- a capacidade de obter e processar informação relevante sobre os destinatários da actividade da organização e as suas necessidades,
- a capacidade de análise dos contextos da organização,
- a capacidade de fazer desenvolver o potencial criativo e adaptativo de todos os seus membros,
- a capacidade de se abrir ao mundo.

Estas capacidades têm depois de estar enquadradas por valores partilhados por todos os elementos da organização (a sua cultura) e, para uma maior probabilidade de sucesso, aplicadas numa base descentralizada, no espírito das adocracias. O desenvolvimento destas capacidades depende, em grande parte, das dinâmicas de liderança que se estabelecerem e da evolução para as também já faladas organizações de aprendizagem. Líder, neste raciocínio não é o tomador de decisões como diz T.Peters¹¹ ou o “executivo encurralado”, o “líder reactivo” que “resolve os problemas quotidianos e que tem uma relação formal com os seus subordinados mais próximos, agindo de forma distante e crítica, prestando mais atenção às debilidades”. O líder é, antes, o “arquitecto social”, o “actor estratégico”, o “criador de capacidades”, o líder pró-activo que “expressa a sua filosofia, contacta com os funcionários a todos os níveis, actua de forma quente e expressiva, presta atenção aos pontos fortes do negócio” e promove, valoriza e protege o potencial criativo de todos os elementos da organização; porque sabe que é deste enquadramento que, mais provavelmente, virá a inovação que fará a diferença para o sucesso e sustentabilidade da organização¹¹. O objectivo é criar o enquadramento para que as organizações evoluam para organizações de aprendizagem, que proactivamente criam, adquirem e transferem conhecimento e que modificam o seu

comportamento com base nos novos conhecimentos e reflexões (*insights*)³- organizações adaptativas que trabalham para criar o seu próprio futuro.

Muitos destes conceitos foram desenvolvidos para o sector privado, mas a correspondência para o sector público é cada vez mais directa dada a adopção pelas organizações do sector público de muitas das regras de gestão do sector privado. No entanto, subsistem diferenças que importa realçar. Um modo de evidenciar essas diferenças ao mesmo tempo que se tenta encontrar uma linguagem comum é através da análise de modelos para gerir e melhorar o desempenho como o *balanced scorecard*. F. Pinto no seu livro “Balanced scorecard – alinhar mudança, estratégia e performance nos serviços públicos”¹² diz que o *balanced scorecard* surge da consciência da complexidade das organizações e dos seus contextos e interfaces que levou a que não fosse mais aceitável conceber a medição do desempenho de uma organização meramente por critérios financeiros e valores tangíveis; essa impossibilidade ainda se tornou mais evidente quando se tentou avaliar serviços públicos. O *balanced scorecard* assenta numa visão global da estratégia das organizações apoiada em quatro perspectivas – financeira, clientes, processos internos e aprendizagem e crescimento – nas quais estão fixados objectivos, indicadores, metas e iniciativas que têm de funcionar de forma integrada e equilibrada (balanceada) estabelecendo relações de causa e efeito entre todas as perspectivas¹². No modelo para o sector privado, em que “os objectivos de lucro, produtividade e rentabilidade são da maior importância em termos de sucesso da organização”¹²a perspectiva financeira é colocada no topo, traduzindo os resultados do desempenho integrado das outras três perspectivas. Os indicadores financeiros assumem, por isso, uma grande importância tendo no entanto de ser introduzidos num conjunto de outros indicadores não

financeiros. Na adaptação para o sector público surgem três grandes alterações¹²:

- a missão ("porquê e para quê existimos?"¹²) surge no topo, funcionando como uma quinta perspectiva, abrangente, para a qual têm de convergir os objectivos, metas e iniciativas fixadas nas outras perspectivas^{viii};
- a perspectiva clientes e *stakeholders*^{ix} assume a posição mais importante a seguir à missão ("Quem definimos como nosso cliente? Como criamos valor para os nossos clientes"¹²);
- a perspectiva finanças e orçamento (que corresponde à perspectiva financeira que constituía a figura de topo no modelo do sector privado) é posicionada depois dos clientes e *stakeholders*, funcionando como um recurso e um constrangimento associados aos limites e regras orçamentais existentes¹² ("como acrescentamos valor para os nossos clientes e *stakeholders*, controlando os custos?"¹²);

Mantêm-se do modelo do sector privado a perspectiva dos processos internos e a da aprendizagem e crescimento mas respondendo a questões diferentes: "para satisfazer os nossos clientes, cumprindo as regras orçamentais, em que processos teremos de ser excelentes?"¹² e "como podemos melhorar e mudar continuamente, correspondendo às mudanças na sociedade?"¹².

Reflectindo e sintetizando, as organizações do sector público têm:

- de se focar, acima de tudo, na sua missão;

^{viii} Missão, de um modo simples, é a razão de ser de uma organização, responde à pergunta: "porque e para quê existimos?"¹², mas deve conseguir ser também um quadro de referência para o desenvolvimento dos serviços ¹²

^{ix} Stakeholders – é um "universo bastante diversificado de entidades as quais, não sendo clientes directos em termos de bens e serviços, têm múltiplos interesses e influenciam as decisões da organização" ¹²

- identificar claramente os seus clientes e a sua rede de stakeholders e considerar as suas perspectivas, necessidades e prioridades;
- considerar as potencialidades e os limites das finanças e orçamento da organização;
- implementar os procedimentos de desenvolvimento da qualidade (aprendizagem e crescimento) que possam melhorar os processos internos para poder cumprir a missão, satisfazer clientes e stakeholders e manter-se dentro dos limites orçamentais.
-

2.1.2.2. Qualidade

Qualidade é a relação apropriada entre meios e fins, - uma definição simples e em linha com o que se afirmou no final da secção anterior e com a concepção de A. Donabedian. Este autor via a dinâmica da qualidade como uma sucessão de causas-efeitos em que as características da estrutura (os meios para produção, como as instalações e o equipamento, os recursos humanos – e por ex. a sua satisfação no trabalho – ou as características da organização como os sistemas de gestão ou de remuneração) influenciavam a probabilidade de se desenvolverem melhores processos (actividades que transformam a matéria prima em produção; no caso dos da saúde são os cuidados de saúde como os actos dos profissionais de saúde mas também as acções de cada um quando toma uma decisão ou tem um comportamento relacionado com a sua saúde) que, por sua vez, influenciam a probabilidade de se alcançarem melhores resultados (as mudanças que derivam da actividade; na saúde, as mudanças de estado de saúde ou de comportamento das pessoas que utilizam os serviços de saúde ou a sua satisfação)¹³.

Esta concepção da qualidade esteve na base de um movimento que trouxe a qualidade para a linha da frente das prioridades de qualquer organização e o sector da saúde não foi excepção.

Os conceitos de qualidade também evoluíram. F. Homem Christo, no Guia interpretativo para aplicação da norma NP EN ISO 9001 a serviços de saúde, afirma que qualidade “é satisfazer o cliente, garantindo a conformidade das características de um produto ou serviço, ao menor custo para a organização, da primeira e de cada vez que o cliente contacta o serviço ou utiliza o produto”¹⁴. Continuando, mais especificamente no sector da saúde, a qualidade também pode ser definida como a amplitude em que um serviço de saúde ou produto gera o resultado desejado^{x 15} ou, na mesma linha, a definição avançada por Baker & Grol¹⁶, o grau em que os serviços de saúde para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de um resultado desejado acontecer e são consistentes com o conhecimento profissional corrente.

No sector da saúde têm sido considerados seis grandes dimensões da qualidade^{15,16}:

- acesso aos serviços – o acesso tem de ser equitativo, baseado nas necessidades de cada um e sem qualquer factor discriminatório (envolve tempos de espera, acesso físico e acesso a informação); é, talvez, dos factores mais críticos hoje no mundo e em Portugal;
- segurança – tem de ser um dos grandes objectivos ao longo de toda a permanência de cada indivíduo no sistema de saúde, minimizando-se todos os riscos;
- efectividade dos cuidados de saúde – os cuidados de saúde devem produzir benefícios mensuráveis;
- carácter apropriado dos cuidados - o resultado esperado em termos de efeitos positivos e negativos das intervenções, do

^x “the extent to which a health care service or product produces a desired outcome”

ponto de vista técnico e da relação interpessoal, deve ser grande o suficiente para a intervenção merecer ser executada; fazer a intervenção certa na pessoa certa, no tempo certo, evitando a sub e a sobreutilização;

- aceitabilidade dos cuidados – o grau em que os serviços alcançam ou superam as expectativas daqueles que procuram as suas prestações; é importante não só a qualidade técnica mas também a qualidade percebida, pois sem a última, a primeira fica limitada, tanto mais que se está a lidar numa área, a saúde, em que a adesão ao que os prestadores prescrevem ou aconselham é crítica; e esta procura da aceitabilidade deve ser ampla e preventiva devendo ser dada a possibilidade aos cidadãos de participarem colaborativamente com as organizações e prestadores de cuidados de saúde no planeamento, prestação, monitorização e avaliação a todos os níveis de um modo dinâmico e responsivo;
- eficiência dos serviços – tem de ser assegurado que os recursos são utilizados para alcançar a melhor aplicação possível do dinheiro disponível; pode ser feito através da minimização dos custos e do desperdício e a alocação de recursos aos serviços que maior benefício proporcionam.

Desenvolver uma abordagem global para a melhoria da qualidade consome tempo e recursos e consegue-se através de uma série de passos, que terão de ter as suas especificidades de organização para organização. Para que estas abordagens possam ter sucesso necessitam de um sistema de gestão da informação e do conhecimento com recolha e geração de dados, processamento em informação e conhecimento e sua comunicação e utilização através de uma cultura organizacional e desempenho adequados¹⁷. Todo este programa necessita de um enquadramento que assegure a coerência de todo o processo, que estes elementos sejam

considerados prioritários e que a qualidade se mantenha por toda a organização, da primeira vez e ao longo do tempo. É esse o objectivo primário da governação clínica.

Governação clínica pode ser definida como o sistema pelo qual a unidade de gestão e os profissionais assumem responsabilidades partilhadas e são responsabilizados pelos cuidados prestados, minimizando os riscos e monitorizando e melhorando continuamente a qualidade dos cuidados¹⁵. Podem ser identificados quatro princípios da governação clínica:

- fomentar o compromisso organizacional para a melhoria contínua;
- implementar sistemas de monitorização, de reporte e de resposta em relação dos aspectos-chave da qualidade que sejam claros, transparentes e consistentes;
- avaliar e dar resposta aos aspectos-chave do desempenho organizacional;
- contribuir para a construção da cultura organizacional mais adequada para a melhoria da qualidade e que fomente o capital social da organização.

2.1.3. Capital social

Capital social pode ser definido como o potencial produtivo das relações entre as pessoas que emana da força dessas relações, da confiança que as embebe, da cooperação que as qualifica³. Refere-se, segundo o antropólogo organizacional I. García¹⁸, às redes de relacionamento baseadas na confiança, cooperação e inovação que são desenvolvidas pelos indivíduos dentro e fora da organização, facilitando o acesso à informação e ao conhecimento e que podem adoptar um carácter formal (determinado pelos laços hierárquicos) ou informal envolvendo laços horizontais (entre pares) e diagonais (entre

colaboradores de distintas áreas e *stakeholders*). Como diz o mesmo autor, o capital social é a amálgama que interconecta as várias formas do capital humano, criando o activo intangível mais valioso das organizações: as redes humanas de trabalho¹⁸. I. García¹⁸, citando trabalhos do sociólogo Ronald Burt que analisou as estruturas de rede do capital social de colaboradores-chave em diferentes organizações, conclui que “aqueles executivos que desenvolvem capital social de qualidade – criando pontes com pessoas e grupos em regiões estratégicas das suas redes, denominadas como buracos estruturais (*structural holes*) – destacam-se” por melhorarem a eficácia e a eficiência das equipas que integram e dirigem, por aprenderem mais sobre o ambiente organizacional e o mercado no qual actuam, por obterem promoções mais velozmente e por serem avaliados mais satisfatoriamente.

R. Kreitner & A. Kinicki³ defendem no seu livro “Organizational behavior” uma assunção estratégica: as pessoas, individual e colectivamente, são a chave para o sucesso organizacional e é através da aprendizagem organizacional (a partilha) que indivíduos e organização evoluem e se desenvolvem. Qual o valor de trabalhadores competentes que não contactam com outros, que não operam em redes, que não ensinam, que não inspiram? Para que servem as organizações se não são centradas nas pessoas – nas que nelas trabalham e nas que delas usufruem? Sem o capital social adequado é mais improvável que as pessoas se desenvolvam no seu trabalho, que as organizações cumpram a sua missão, que os negócios floresçam, que histórias de trabalho fiquem na História.

G. Hamel, no seu livro “O Futuro da gestão” , idealiza as organizações como entidades “que realmente merecem a paixão e a criatividade de quem para elas trabalha e que de forma natural despertam o melhor que as pessoas possam dar”¹⁹. A máquina da gestão moderna, concebida acima de tudo para resolver o problema

da ineficiência, obriga os trabalhadores “a conformarem-se com padrões e regras e, ao fazê-lo, desperdiça grandes quantidades de imaginação e iniciativas humanas”¹⁹; traz a disciplina às operações, mas põe em perigo a capacidade de adaptação da organização”¹⁹. É necessária, então, uma nova lógica de organização que não sofra de alguns dos problemas das organizações mais tradicionais (*old-style*): demasiado lentas a reagir e pouco flexíveis. As organizações hoje necessárias são mais flexíveis e preparadas para acomodar o necessário balanço estratégico entre custo, qualidade e velocidade.

Estas organizações são focadas nos destinatários do serviço, dedicadas à melhoria contínua e à aprendizagem permanente e estruturadas em equipas ligadas em rede e sustentadas por tecnologia da informação adequada. A tipologia destas novas organizações contrapõe-se à das organizações tradicionais verticais-piramidais, com estruturas e funcionamento mais horizontais, construídas à volta dos processos-nucleares, servidas por equipas funcionais cruzadas (que podem operar em vários projectos simultaneamente) e compostas por elementos multicompetentes em termos técnicos e aptos e rotinados no trabalho em equipa. O conceito da autoridade vertical e as lógicas de comando-e-controlo fazem menos sentido, dando espaço a grupos de gestão executiva mais pequenos que coordenam os esforços das várias equipas, por vezes geograficamente distantes, beneficiando das tecnologias de informação³. O desafio é a construção de uma cultura e de uma prática organizacional mais produtivas e satisfatórias, aprender a coordenar o esforço dos trabalhadores “sem criar o fardo de uma hierarquia de capatazes; manter os custos com rede curta sem estrangular a imaginação humana; e construir organizações onde a disciplina e a liberdade não se excluam mutuamente”¹⁹.

2.1.3.1. Cultura, identidade e aprendizagem organizacionais

Cultura organizacional é, segundo F. Nunes,²⁰ baseando-se nos trabalhos de Trice e Beyer (1993):

- um fenómeno colectivo (implica partilha, mesmo que parcial, dentro de um grupo de indivíduos),
- conotada emocionalmente (inclui elementos afectivos sobre o modo de expressão das emoções que servem também para diminuir a ansiedade por reduzirem a indefinição e a incerteza),
- assente na história (resulta de uma história de convivência de experiências e de resolução conjunta de problemas),
- intrinsecamente simbólica,
- dinâmica (pode evoluir) e
- intrinsecamente ambígua (não existe uma coerência total entre todos os seus elementos).

É complexa por natureza.

Identificam-se várias perspectivas de abordagem da cultura organizacional; a mais útil parece ser a integradora, que se centra no que é partilhado e único naquela organização – “o padrão de crenças e valores partilhados que confere sentido aos membros de uma organização como tais e lhes proporcionam as regras de comportamento na sua organização” (tradução de F. Nunes de Davis, 1984)²⁰.

Convém, no entanto, distinguir entre cultura e identidade organizacional. Cultura organizacional define-se, então, como o “conjunto de valores partilhados pelos membros da organização” que “funciona como um esquema interpretativo, historicamente desenvolvido e socialmente mantido, providenciando aos constituintes organizacionais um contexto de significados sobre a organização e a realidade que ela ocupa”²¹. A identidade organizacional, por seu lado, define a organização enquanto

categoria social, “define o que a organização é em relação a um sistema societal alargado a que ela pertence”. Segundo S. Tavares a cultura organizacional responde à questão «o que é que nós valorizamos?», a identidade organizacional responde à questão «quem é que nós somos?» sendo a cultura organizacional “uma manifestação da identidade organizacional”²¹. Já Kreitner & Kinicki³ olham para esta relação de outro ângulo e dizem que a cultura organizacional cumpre quatro funções: fornece aos membros da organização uma identidade cultural, facilita um compromisso colectivo (ao tornar claros valores, atitudes desejáveis, objectivos a médio e longo prazo por ex.), promove a estabilidade do sistema social (por ex., o grau em que o ambiente de trabalho é percebido como positivo e de apoio ou o grau em que os conflitos são geridos; podendo-se avaliar pela taxa de saídas e entradas de trabalhadores por ex.) e modula o comportamento ao ajudar os membros da organização a tomar consciência da mesma e dos seus contextos (apoia na percepção do que a organização faz e por que o faz e como pretende alcançar os seus objectivos).

A maior parte das organizações terão um misto de várias culturas e crenças e podem ter sub-culturas funcionais, hierárquicas, geográficas, ... dependendo de múltiplas variáveis. Aliás, a cultura organizacional vai sendo construída e moldada pela combinação e integração de todos os que trabalham na organização ao longo do tempo³. Declarações formais da filosofia da organização, da sua missão, visão e valores, *os materiais de recrutamento e socialização dos trabalhadores, os slogans, o role modeling*, os programas de formação, o *coaching*, os critérios de promoção e recompensas explícitos, as actividades e os processos que os líderes valorizam, as reacções dos líderes a incidentes e crises, a própria estrutura física e organizacional são todos mecanismos para embeber as organizações de uma dada cultura.

As culturas organizacionais podem ser fortes ou fracas dependendo de variáveis como coesão, consenso de valores e compromisso individual em relação aos objectivos colectivos. Mas nem sempre uma cultura forte é uma característica desejável, por ex. se for avessa à mudança pode dificultar o processo de adaptação a uma nova realidade. O que interessa verdadeiramente mais do que ser forte ou fraca é a natureza dos valores nucleares³. E quanto a estes valores-nucleares, se se pensar na efectividade e eficiência organizacionais, não é uma configuração construtiva, passivo-defensiva ou agressivo-defensiva do modo como se aborda o trabalho ou das interacções entre os trabalhadores que fazem a diferença por si só³. Todas podem ter as suas vantagens e desvantagens, num dado e único contexto. O que realmente conta é a capacidade adaptativa das organizações ao longo do tempo. No entanto para variáveis como a satisfação no trabalho, esta tipologia de culturas organizacionais parece mais útil. Estudos demonstraram que as culturas construtivas estão positivamente associadas a maior satisfação no trabalho, intenção de permanecer na organização e inovação e negativamente associadas a comportamentos de evitamento do trabalho. As passivo-defensiva e agressivo-defensiva estão negativamente associadas a satisfação no trabalho e intenção de permanecer na organização.

Voltando à efectividade organizacional, Kreitner & Kinicki³ citam vários estudos e defendem a perspectiva adaptativa como sendo a que está mais solidamente associada a um alto desempenho, nomeadamente económico, ou seja, as culturas que favorecem o desenvolvimento de uma maior capacidade adaptativa aumentam a possibilidade de sucesso de uma organização. Estas culturas ajudam a organização a antecipar e adaptar-se a alterações contextuais. Nestas culturas pratica-se uma abordagem de assunção de risco, de confiança e de proactividade da vida da organização e individual.

Os seus membros apoiam activamente os outros a identificar problemas e a implementar soluções viáveis. Partilha-se um sentimento de confiança e de entusiasmo e há uma boa receptividade à mudança e à inovação. Estas culturas adaptativas têm muito das características das culturas construtivas e estão integradas, obviamente, em organizações de aprendizagem. Novamente, uma cultura com estas características não nasce do nada. Kreitner & Kinicki³ avançam pontos a ter em conta para desenvolver e preservar uma cultura adaptativa. O início passa pela liderança, que deve desenvolver uma visão (objectivos de longo-prazo que descrevem em que é que uma organização se quer tornar) e estratégias que se adaptem bem ao contexto organizacional. Depois, ao longo do tempo, a cultura adaptativa é criada pelo sucesso organizacional e pela habilidade em enfatizar a importância de todos para esse sucesso organizacional, reforçando e suportando os valores ou filosofia nucleares da satisfação de necessidades fundamentais e melhorando-se a liderança. Finalmente, é necessário criar uma infraestrutura que preserve a adaptabilidade da organização.

No campo dos comportamentos organizacionais, a aprendizagem organizacional merece agora um desenvolvimento. F. Nunes et al²⁰, referenciando Nevis et al (1995) concebem a aprendizagem organizacional como a "capacidade ou processos organizacionais orientados para manter ou melhorar o desempenho a partir de experiências" e encaram a organização como um sistema de aprendizagem com dois componentes interdependentes – as orientações da aprendizagem (o que é aprendido e onde ocorre a aprendizagem, como as fontes do conhecimento, formas de disseminação da informação, focalização da aprendizagem, etc) e os factores facilitadores (o que promove a aprendizagem, como informação sobre a envolvente, disponibilidade da informação, esquema mental propício, variedade, liderança, etc). A

aprendizagem organizacional é assim determinada pela cultura organizacional, destacando-se o papel da formação na organização, da informação sobre a organização e a envolvente externa, da informação de retorno sobre o desempenho de cada trabalhador e da organização, do clima organizacional, da liderança. Todos estes aspectos têm a ver com outros três processos: a identificação organizacional, a vinculação dos indivíduos às organizações e o desenvolvimento de comportamentos de cidadania organizacional.

2.1.3.2. Identificação organizacional, vinculação dos indivíduos às organizações e cidadania organizacional

T. Davemport cita Ortega y Gasset “ A metáfora é provavelmente a potência mais fértil que o homem possui”² para afirmar que conceber metaforicamente os trabalhadores como investidores, ajuda a que as chefias considerem os trabalhadores “como agentes livres e que apenas obterão a sua adesão através de um meio: pagando valor com valor...sugerindo uma série diferente e mais sólida de vínculos... os laços de ouro (embora nem sempre monetários) do benefício mútuo...”. Os trabalhadores “... produzirão mais valor para as empresas quando elas gerarem maior valor para os trabalhadores”². Esta metáfora é central para as concepções de identificação organizacional, vinculação dos indivíduos às organizações e cidadania organizacional, que fazem a ponte entre cultura e aprendizagem organizacionais (focos do capítulo passado), por um lado, e motivação e satisfação no trabalho por outro (objectos da próxima secção).

Identificação organizacional é a construção da identidade social do indivíduo num contexto organizacional; é a auto-percepção do indivíduo no que concerne à relação que este estabelece com a organização. Acontece quando o indivíduo integra as crenças que

tem sobre a organização na sua própria identidade, podendo essa identificação focalizar-se em diferentes alvos (por ex. como pertencente a uma unidade de saúde, mas também ao grupo dos médicos de família e ao departamento da qualidade) e assumir diferentes graus de importância dependendo da “saliência que a categoria «organização» tem sobre as restantes categorias sociais para a constituição do auto-conceito do indivíduo”²¹.

Os processos de identificação organizacional envolvem “algum tipo de percepção de congruência de valores entre o indivíduo e a organização”²¹ e são essencialmente dois:

- por afinidade – existe o reconhecimento por parte do indivíduo de que a organização tem valores e crenças semelhantes aos do próprio;
- por emulação – a pessoa modifica o seu auto-conceito por forma a que se torne semelhante à percepção que o indivíduo tem da identidade organizacional; implica internalização das crenças e valores da organização.

Estes processos de identificação organizacional têm como objectivo a “produção de uma identidade social positiva e de uma imagem satisfatória do seu auto-conceito; por outras palavras a elevação da auto-estima”²¹ e têm vantagens e desvantagens. No campo das desvantagens surge a formação de estereótipos e consequentemente o desenvolvimento de preconceitos e o excessivo conformismo às regras e aos papéis organizacionais que pode acarretar diminuição da capacidade de inovação e de adaptação a mudanças. Nas vantagens para a organização, pelo aumento do conformismo dentro da organização e pela concordância com as suas regras, objectivos e papéis organizacionais aumentam os comportamentos congruentes com a identidade organizacional, aumenta o controlo da organização, diminuem os conflitos internos,

melhora o clima organizacional e regista-se uma maior implicação organizacional.

A implicação organizacional é o constructo que ajuda a “conceptualizar a relação de vinculação de um indivíduo para com a organização em que trabalha”²¹. Esta implicação organizacional tem três componentes²¹:

- implicação afectiva – é a ligação afectiva ou emocional do trabalhador à organização; fica-se na organização porque se quer;
- implicação de continuidade – tendência para o trabalhador “se envolver em cursos de acção consistentes, baseados no reconhecimento dos custos (ou benefícios perdidos) associados ao abandono da organização”; fica-se na organização porque se precisa;
- implicação normativa – crença na responsabilidade de lealdade que o trabalhador tem para com a organização; fica-se na organização por dever.

Os resultados de meta-análises efectuadas sugerem que a implicação organizacional está mais fortemente relacionada com variáveis situacionais - como as relações superior-subordinado e o trabalho desafiante – do que com características pessoais ou estruturais da organização^{3,21}. Por outro lado, o trabalhador “pode focalizar a sua implicação, não na organização como um todo, mas nos diferentes alvos organizacionais, sejam eles o departamento, o grupo de trabalho, a chefia ou outro”²¹.

No campo das consequências, os três tipos de implicação estão positivamente relacionados com a retenção dos trabalhadores na organização (quanto maior a implicação, maior a retenção), já para outras variáveis, as associações variam conforme o tipo de implicação. Assim, quanto ao absentismo, só a implicação afectiva

está negativamente associada (maior implicação, menor absentismo) e quanto ao desempenho, a normativa e a afectiva estão positivamente correlacionadas mas a de continuidade está negativamente correlacionada; o mesmo acontece com o desempenho extra-papel ou comportamentos de cidadania organizacional - apenas a afectiva e a normativa estão positivamente correlacionadas.

O conceito de cidadania organizacional ou comportamento extra-papel refere-se a comportamentos que estão para lá da *job description*, daquilo a que o trabalhador está contratualmente obrigado. Inscrevem-se nestes comportamentos os comentários construtivos, a expressão de interesse pelo trabalho dos outros, fazer sugestões de melhoria, treinar novos trabalhadores, cuidar das propriedades da organização. O desenvolvimento de comportamentos de cidadania organizacional é determinado mais pela liderança e características do ambiente de trabalho do que por características da personalidade e é de grande importância porque está associado positivamente com a satisfação no trabalho, o desempenho e a efectividade organizacional^{3,21}.

2.1.4. Motivação e satisfação no trabalho

A fronteira entre os conceitos de satisfação no trabalho e de motivação no trabalho não está, ainda, bem definida, e é algo polémica. Todos concordam que são conceitos diferentes ainda que afins e definem-nos de modo distinto, mas sem estabelecer uma relação clara entre um e outro^{22,7,3,23}. Muitas vezes a mesma teoria é utilizada para fundamentar quer os processos por detrás da motivação no trabalho^{23,3,4} quer os relativos à satisfação no trabalho^{3,7}. As interligações e as teias de causalidade entre motivação no

trabalho, satisfação no trabalho e as variáveis individuais e contextuais e os comportamentos são igualmente complexas e não livres de polémica.

A área mais analisada parece ser a da satisfação no trabalho³, em relação à qual foram produzidos e testados mais instrumentos de medida⁷, mais estudos³ e encontradas mais variáveis correlacionadas^{3,7} surgindo como uma variável mediadora entre outras variáveis. Dois autores da área do comportamento organizacional escreveram as seguintes frases “*A recent meta-analysis of nine studies and 1739 workers revealed a significant positive relationship between motivation and job satisfaction. ... Managers can potentially enhance employees’ motivation through various attempts to increase job satisfaction*”³ ilustrando esta característica mediadora da satisfação no trabalho. Por seu lado, C. Dolea et al, numa revisão teórica sobre motivação de profissionais de saúde²³, clarificam a sua posição sobre esta polémica ao afirmarem que tem sido demonstrado que a relação entre motivação, desempenho e cognições de abandono da organização é mediada por uma outra variável, a satisfação no trabalho, e que as relações entre todas estas variáveis é complexa. Adicionalmente, nas atitudes, como a satisfação no trabalho, identificam-se funções motivacionais⁷, o que reforça esta ideia do papel mediador da satisfação no trabalho. A satisfação no trabalho como atitude que é, tem três componentes - cognitivo, afectivo e comportamental – com influência nas esferas individual, organizacional e social, evidenciando o seu papel importante na circularidade complexa do trabalho.

Essa propriedade mediadora da satisfação no trabalho decorre também da sua posição na zona de fronteira/intersecção entre a esfera individual e a da organização. C. Dolea et al sugerem um modelo para essa relação mas sem desenvolver muito o modo como tal relação se estabelece (Ver figura 2.1).

Sintetizando: a satisfação no trabalho é uma variável mais facilmente apreensível do que outras por instrumentos de medida de utilização viável para qualquer organização (como questionários)^{3,7} logo mais manejável e detém uma posição de variável-charneira nas organizações. É, portanto, uma variável que interessa compreender em maior profundidade e para a qual importa desenvolver instrumentos de fácil utilização para a poder monitorizar ao longo do tempo e avaliar o impacto de intervenções que a impliquem.



Figura 2.1 - Relação entre motivação, satisfação no trabalho e outras variáveis organizacionais (adaptação do modelo de C. Dolea et al)

2.1.4.1. Satisfação no trabalho

Na única revisão sistemática encontrada sobre satisfação no trabalho dos médicos de família²⁴ afirma-se que a satisfação no

trabalho é um conceito ambíguo e que alberga diferentes aspectos, adoptando-se como conceito aceite nessa revisão: a satisfação com diferentes aspectos do trabalho de cada um ("*satisfaction with different aspects of one's job*"). Dos 24 artigos incluídos na revisão, apenas um apresentava uma definição de satisfação no trabalho ("*a real definition*" nas palavras dos autores da revisão): a satisfação no trabalho compreende atitudes positivas e/ou negativas dos indivíduos em relação ao seu trabalho ("*comprises positive and/or negative attitudes held by individuals in respect to their job*"²⁴).

A satisfação no trabalho tem sido definida de muitos e variados modos, destacando-se duas perspectivas, uma que se refere à satisfação enquanto um estado emocional, sentimentos ou respostas afectivas em relação ao trabalho⁷ e outra que a define como uma atitude generalizada em relação ao trabalho, atendendo a três componentes:

- afectiva - a componente emotiva e sentimental em relação ao trabalho no continuum agradável-desagradável; por ex. tenho prazer e gosto do que faço no trabalho; simpatia e empatia em relação aos elementos da direcção da organização,
- cognitiva - pensamentos ou avaliação do trabalho de acordo com o conhecimento que o trabalhador crê ter; diz respeito às crenças do indivíduo sobre o trabalho, por ex. aquilo que faço no trabalho faz , para mim, todo o sentido; acredito na estratégia proposta pela direcção da organização, e
- comportamental - predisposições comportamentais/de intenção em relação ao trabalho; representa o impulso, a tendência para a acção em relação ao trabalho de um modo específico e consistente; por ex. vou fazer o que tenho de fazer no trabalho; mobilizar os esforços e adoptar comportamentos que garantam o cumprimento dos objectivos organizacionais⁷.

Também existem formulações dos conceitos mais directas; é o que se passa com a definição apresentada nos descritores “*MeSH - Medical Subject Headings*”^{xi} da *National Library of Medicine* no tópico da “*Job Satisfaction*” da PubMed - “*Personal satisfaction relative to the work situation*” que pode ser traduzida como: satisfação pessoal relativa à situação de trabalho. É uma definição que realça que a satisfação no trabalho é uma avaliação pessoal e abre o leque de avaliação a todas as dimensões do conceito.

A satisfação no trabalho foi abordada por alguns autores de um modo unidimensional - uma atitude em relação ao trabalho em geral – ou, por outros, como multidimensional, derivando de um conjunto de factores associados ao trabalho, passíveis de serem individualizados e medidos⁷.

A satisfação no trabalho nesta tese é assumida como uma atitude a abordar como um fenómeno multidimensional.

A satisfação no trabalho é abordada, ainda, como um elemento de estrutura da organização, importante para o desempenho, como ter instalações e equipamentos adequados ou estar integrado numa equipa funcionante, e como um elemento de resultado do sub-sistema de gestão da organização que tem de providenciar o enquadramento para que a satisfação no trabalho exista de modo que a organização possa atingir os seus objectivos através do esforço e dedicação dos seus trabalhadores.

A definição adoptada nesta tese apresenta a satisfação no trabalho como: a atitude do indivíduo em relação ao seu trabalho e às condições em que este é desempenhado (adaptado de Aranaz JM et al, 1994). É uma definição que estabelece a satisfação no trabalho como uma atitude individual em relação ao trabalho naquilo

^{xi} Os descritores MeSH são usados para indexar os artigos para a base de dados MEDLINE/PubMED.

que este tem de intrínseco - as características que o definem naquilo que tem de específico em relação a outros trabalhos e que, no fundo, o tornam singular - e em relação ao contexto em que é desempenhado, salientando a importância de todas as dimensões da envolvente do trabalho.

Podem identificar-se, com base nos estudos efectuados e nas escalas utilizadas para medir a satisfação no trabalho em vários sectores de actividade, diversas características associadas ao trabalho e seu contexto, que produzem as experiências subjectivas de satisfação/insatisfação em relação a este^{3,7} (ver ainda referências da secção 2.2.1 e 2.2.2 mais à frente):

- a organização e a direcção (por ex. políticas de benefícios, de salários, de recursos humanos),
- as condições de trabalho (horário, períodos de descanso, local do trabalho, aspectos ergonómicos),
- o suporte ao trabalho por parte da organização (financeiro, de material, de recursos humanos, de informação),
- a disponibilidade de tempo,
- as chefias (incluindo o estilo de liderança, as capacidades técnicas e administrativas, a qualidade da supervisão e a qualidade do relacionamento interpessoal),
- os colegas de trabalho (a competência que manifestam, o apoio que prestam, a amizade que expressam),
- a progressão na carreira,
- as perspectivas de promoção,
- as recompensas salariais (os quantitativos e a forma como são distribuídos – equidade),
- os benefícios (como seguros de saúde, férias, pensões, utilização pessoal de viatura de serviço, de computador, de telefone, etc),
- comodidades no local de trabalho (como serviços de correio, bancários, limpeza de roupa, etc),

- o reconhecimento (por exemplo elogios ou críticas),
- os subordinados,
- a estabilidade do emprego,
- a quantidade de trabalho,
- a qualidade do trabalho,
- a variedade do trabalho,
- as oportunidades de aprendizagem,
- a dificuldade do trabalho,
- a segurança no trabalho,
- as possibilidades de êxito,
- a autonomia,
- a responsabilidade,
- a autoridade,
- o controlo sobre os métodos e
- a satisfação intrínseca geral.

Outras variáveis fora do âmbito da organização ou nas fronteiras da organização com outros sistemas consideradas em outros estudos são:

- o estatuto social ou
- a interface trabalho - família.

Foram ainda identificados estudos que incidiram em outras variáveis individuais, do trabalhador e da sua relação com o trabalho e com a organização^{3,7,23}:

- a idade,
- o sexo,
- as aptidões pessoais,
- a instrução,
- a experiência,
- as competências para a função,
- o desempenho pessoal,

- as características genéticas (como uma predisposição genética para se estar satisfeito ou insatisfeito com o trabalho, identificada com base em estudos com gémeos),
- o locus de controlo (crenças sobre as próprias capacidades de controlo e influência),
- a afectividade negativa (tendência de manifestação de emoções negativas),
- o stresse (e o burnout),
- o bem-estar físico (as doenças cardíacas em particular),
- o bem-estar psicológico,
- a satisfação com a vida em geral,
- a adesão a sindicatos por parte dos trabalhadores,
- o absentismo,
- a pontualidade,
- as cognições de abandono da organização,
- o turnover,
- a implicação organizacional, e
- o comportamento de cidadania organizacional.

As correlações mais importantes entre satisfação no trabalho e estas características foram as seguintes^{3,7}:

- com um sentido positivo e uma força moderada com a motivação no trabalho, o envolvimento no trabalho, a implicação organizacional, o comportamento de cidadania organizacional, o desempenho no trabalho, a satisfação com a vida em geral e a saúde mental;
- com um sentido negativo e uma força fraca com o absentismo (embora esta pareça ser uma variável muito complexa, dependendo do estado de saúde do trabalhador ou de familiares, o ter outras actividades profissionais paralelas, o ter filhos ou o apoio de que estes necessitam⁷) e a falta de pontualidade;

- com um sentido negativo e uma força moderada com o *turnover*, as doenças cardíacas e a adesão a sindicatos por parte dos trabalhadores;
- com um sentido negativo e uma força forte com as cognições de abandono da organização e o stresse percebido.

No entanto, as relações entre todas estas variáveis está longe de estar esclarecida, como afirma C. Dolea et al²³, exemplificando “... *Herzberg's saying that "a happy worker is a good worker" is challenged by another theorist who maintains that "satisfaction is best sought of as a result of performance and not a cause of it" (Lawler, 1967)*”. R. Kreitner et al afirmam que, em relação ao desempenho, apesar de estarem identificadas sete maneiras diferentes pelas quais estas variáveis estão relacionadas com a satisfação no trabalho, mantêm-se as duas crenças: que a satisfação no trabalho determina o desempenho ou que o desempenho determina a satisfação no trabalho³. O desempenho é melhor porque o trabalhador está mais satisfeito ou está mais satisfeito porque tem um melhor desempenho? O que está antes e o que está depois? o que é determinante e o que é efeito? Não são questões resolvidas e uma boa ilustração desta polémica são as inúmeras teorias sobre a satisfação no trabalho. P. Alcobia reforça esta noção ao dizer que as “relações encontradas entre satisfação e suas consequências carecem de confirmação causal”⁷, não sendo, portanto, consequências nem efeitos, mas associações, termo que se escolheu, nesta tese, para designar a relação entre todas estas variáveis.

H. Weiss⁸ classifica mesmo a relação entre satisfação no trabalho e desempenho como o “*Holy Grail*” da investigação organizacional e afirma que a procura continua. Uma das razões, segundo H. Weiss, para que ainda não se tenha chegado a uma conclusão é exactamente porque se procurou o objecto errado: não existe uma taça mas três taças – os efeitos do comportamento, os efeitos dos

afectos e os efeitos das cognições. H. Weiss sugere que alguns comportamentos no trabalho são mais influenciados por um ou outro componente.

H. Weiss cita Roznowski e Hulin (1992)⁸ dizendo que, quando um trabalhador entra numa organização, uma monitorização da sua satisfação no trabalho pode ser a peça de informação mais importante que essa organização pode ter como predictor de resultados relevantes para a mesma.

Nesta tese não se procurou trabalhar na resolução destas polémicas, até porque tal não foi considerado essencial para o delinear dos estudos efectuados nem para os modelos propostos para a abordagem destas problemáticas e porque se consideram estes elementos como partes de um todo complexo de “acontecimentos, acções, interacções, retroacções, determinações, acasos, ...”²⁵. Interessa antes, compreender em que ponto se deve actuar para se poder melhorar. Esse ponto foi considerado, nesta dissertação, como sendo a satisfação no trabalho.

É possível definir vários modelos para a compreensão da satisfação no trabalho: o da satisfação de necessidades, o das discrepâncias, o da realização dos valores (*value attainment*), o da equidade, o dos componentes disposicionais/genéticos³ e o dinâmico.

O modelo da satisfação de necessidades baseia-se no pressuposto de que a satisfação no trabalho é determinada pela extensão em que as características do trabalho permitem que o indivíduo satisfaça as suas próprias necessidades. Os pontos de contacto com as teorias de Herzberg, Maslow, Alderfer ou McClelland são evidentes assim como a controvérsia sobre a sua validade; no entanto, é aceite que a satisfação das necessidades está correlacionada com a satisfação no trabalho kreitner⁶ e é útil falar um

pouco destas teorias porque dominaram o pensamento sobre a satisfação no trabalho durante muito tempo e deixaram a sua marca nas teorias mais actuais.

Classicamente, quando se fala de satisfação no trabalho ou motivação ou até de comportamento humano, começa-se por se apresentar a teoria da hierarquia das necessidades de Maslow (1943). Necessidade pode ser definida como um estado de carência (*deficiency*) fisiológica ou psicológica que estimula um comportamento ³. Maslow, psicólogo, teorizou uma hierarquia de necessidades com base nos seus estudos clínicos com doentes com neuroses. Delineou da base para o topo a seguinte pirâmide de necessidades:

- fisiológicas (as mais básicas, por ex. água, comida, ar);
- segurança (em relação a perigos físicos ou psicológicos);
- amor (necessidade de afecto e pertença);
- estima (necessidade de reputação, prestígio, reconhecimento, auto-confiança e força);
- auto-actualização (desejo de auto-realização – realizar todo o seu potencial; ser o melhor que se conseguir ser).

Quando um patamar de necessidades é satisfeito, activar-se-ia o nível seguinte. Esta tese não foi confirmada por estudos empíricos mas é, mesmo assim, um ponto de referência para vários autores.³

Em 1960 Alderfer desenvolveu uma teoria de necessidades alternativa em que reduz o leque das necessidades a três grupos, do mais baixo nível até ao mais alto:^{3,7}

- existenciais (desejo de bem-estar fisiológico e material);
- relacionais (desejo de ter relações relevantes com outros significativos); e

- de crescimento (desejo de desenvolvimento como ser humano e possibilidade de fazer uso das suas capacidades para atingir o seu potencial máximo).

Esta teoria estabelece também um componente frustração-regressão: a não-satisfação de necessidades de nível mais alto pode levar a um aumento do desejo por necessidades de mais baixo nível – se não é possível ter um ambiente de trabalho com relações interpessoais de qualidade, então eleva-se o desejo por maiores recompensas salariais, por exemplo.³

McClelland, outro psicólogo com trabalho desde os 1940s, identificou outras três necessidades³:

- a necessidade de sucesso/realização (*achievement*) – o desejo de conseguir algo difícil; as pessoas com este tipo de necessidades têm três características em comum: preferência por tarefas difíceis, preferência por situações em que o desempenho depende mais do seu esforço individual do que de outros factores e em que existe mais *feedback* dos seus sucessos e falhanços; são pessoas muitas vezes conhecidas como empreendedoras;
- a necessidade de afiliação – as pessoas que têm esta necessidade mais presente, investem mais tempo em manter relações sociais e na procura de afecto e têm dificuldade em tomar decisões de que outros possam não gostar;
- a necessidade de poder que reflecte o desejo de influenciar, apoiar, ensinar, encorajar outros - são pessoas mais focadas na disciplina e no respeito e mais direccionados para apoiar as equipas para que atinjam os seus objectivos enquanto equipas³.

Detectam-se várias implicações destas teorias: a satisfação de uma necessidade pode diminuir o seu potencial motivador; a não-satisfação de uma necessidade de nível mais alto pode levar a que

seja reivindicado um maior grau de satisfação de necessidades mais básicas; pessoas com uma necessidade alta de sucesso/realização podem ser importantes para o desenvolvimento das organizações pelo seu espírito empreendedor mas, para tal, necessitam de ambientes pró-autonomia e que lhe sejam colocados objectivos difíceis e desafiadores, mas possíveis, para que tenham desempenhos mais relevantes³.

Outra das teorias mais clássicas que abordam a satisfação no trabalho e a tentam explicar, é a abordagem bifactorial de Herzberg, Mausner e Snyderman (1959), também conhecida como a teoria dos factores higiénicos e motivacionais⁷. Esta teoria não apresenta a satisfação no trabalho como um continuum satisfação-insatisfação mas antes como dois *clusters* de factores independentes:

- o dos factores de conteúdo (motivacionais ou intrínsecos ao trabalho: a realização, o reconhecimento, a responsabilidade, o desenvolvimento) que pode conduzir à satisfação ou à ausência de satisfação (e não à insatisfação), englobando-se estes factores no topo da hierarquia piramidal das necessidades sugerida por Maslow; e
- o dos factores de contexto (higénicos ou extrínsecos ao trabalho como as condições de trabalho, o salário, a supervisão, as relações interpessoais, a segurança/estabilidade do trabalho, as políticas da organização) que podem produzir insatisfação ou contribuir para que esta não se manifeste⁷ e que ocupariam a base da hierarquia piramidal de Maslow.

Esta teoria foi posta em causa por vários estudos^{3,7} (por ex., um estudo, a nível nacional, nos EUA revelou que os cinco maiores factores de satisfação no trabalho eram todos pertencentes ao *cluster* dos factores higénicos: benefícios, remuneração, sentimento de segurança no local de trabalho, estabilidade do emprego e flexibilidade para equilibrar trabalho/resto da vida³) mas é um

elemento de referência para todas as outras teorias, nas quais se consegue sempre encontrar algum ponto de contacto com esta primeira teoria.

Outro modelo é o das discrepâncias - baseia-se na satisfação de expectativas, ou seja a extensão em que cada um recebe o que espera do trabalho³: quando as expectativas são maiores do que aquilo que de facto acontece, a insatisfação manifesta-se e vice-versa. Parece verificarem-se dois tipos de comparação: intra-pessoal – comparação das qualificações e contribuições que o indivíduo se atribui com os requisitos da função – e interpessoal – entre as contribuições e os resultados por pessoas que o indivíduo identifica como referenciais⁷. Há meta-análises recentes que suportam esta teoria³.

Os modelos da realização/concretização dos valores (*value attainment*) defendem que a satisfação advém da percepção de que o trabalho efectuado vai ao encontro de valores de trabalho importantes para o indivíduo³, existindo uma congruência entre os valores individuais e os valores que podem ser alcançados através do seu trabalho⁷. Nesta comparação surgem três elementos:

- a descrição das dimensões do trabalho - experiências relacionadas com as especificidades do trabalho desprovidas de afectos,
- a satisfação com as dimensões do trabalho - a avaliação afectiva dessas dimensões e
- a relevância das dimensões - importância ou valor que o indivíduo atribui a cada dimensão e que modula a intensidade da satisfação ou insatisfação.

Nos modelos da equidade, a satisfação é função da avaliação de quão justamente um indivíduo é tratado no seu trabalho, da sua percepção de que os resultados do seu trabalho em relação aos seus

contributos se comparam favoravelmente com os resultados/contributos de outros indivíduos significativos. Uma outra meta-análise recente suportou esta teoria³.

Os modelos disposicionais/genéticos defendem que existem componentes genéticos e traços pessoais que influenciam a satisfação no trabalho. A implicação desta teoria é que diferenças individuais estáveis são também importantes ao lado de características do trabalho e do seu contexto. Existem estudos que suportam este modelo e até estimam que 30% da satisfação no trabalho depende destes componentes disposicionais e genéticos³.

Alcobia fala, ainda, do modelo dinâmico da satisfação no trabalho (de Bruggemann, Groskurth e Ulrich, 1975) que parece igualmente útil. É apresentado como um “produto do processo de interação entre o indivíduo e a sua situação de trabalho” havendo mais satisfação quanto maior poder o indivíduo tiver para controlar a sua situação de trabalho.⁷ Nesta teoria, distingue-se entre o “valor real” das características do trabalho – grau em que as características estão presentes no trabalho – e o “valor nominal” – o que o indivíduo pretende obter por via das características do trabalho; estas expectativas do indivíduo resultam das suas cognições, afectos, aspirações e ambições, com a influência de variáveis sociodemográficas. A satisfação decorre então de três variáveis: congruência ou discrepância entre o valor real e o nominal do trabalho, as alterações do valor nominal (aumentando ou diminuindo expectativas) e os comportamentos adoptados pelo indivíduo para lidar com as situações/problemas (como tentar resolver o problema, falta de vontade de resolver o problema, percepção distorcida da realidade). Neste modelo, identificam-se seis estados decorrentes daquelas três variáveis: satisfação progressiva (existe satisfação e o indivíduo procura aumentar as suas expectativas para otimizar a satisfação), satisfação estabilizada (está satisfeito e procura manter o

nível de aspirações), satisfação resignada (perante uma insatisfação pouco definida, o indivíduo procura reduzir o seu nível de aspirações, adequando-se), insatisfação construtiva (apesar de se sentir insatisfeito, o indivíduo tenta manter o seu nível de aspirações e procura soluções para fazer face ao problema), insatisfação estável (igual ao anterior mas o indivíduo não procura encontrar soluções), pseudo-satisfação (o indivíduo sente-se frustrado e insatisfeito, não procura soluções, mas mantém o seu nível de aspirações e acaba por distorcer a sua própria percepção da realidade).

2.1.4.1.1. Variáveis na satisfação no trabalho nos centros de saúde

A figura 2.2 tenta integrar todas as reflexões anteriores de modo a evidenciar as variáveis que se têm de colocar em análise para avaliar a satisfação no trabalho em relação aos profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários, evitando os fluxos direccionais dos diagramas de setas e abordando a satisfação no trabalho como parte de um todo complexo.

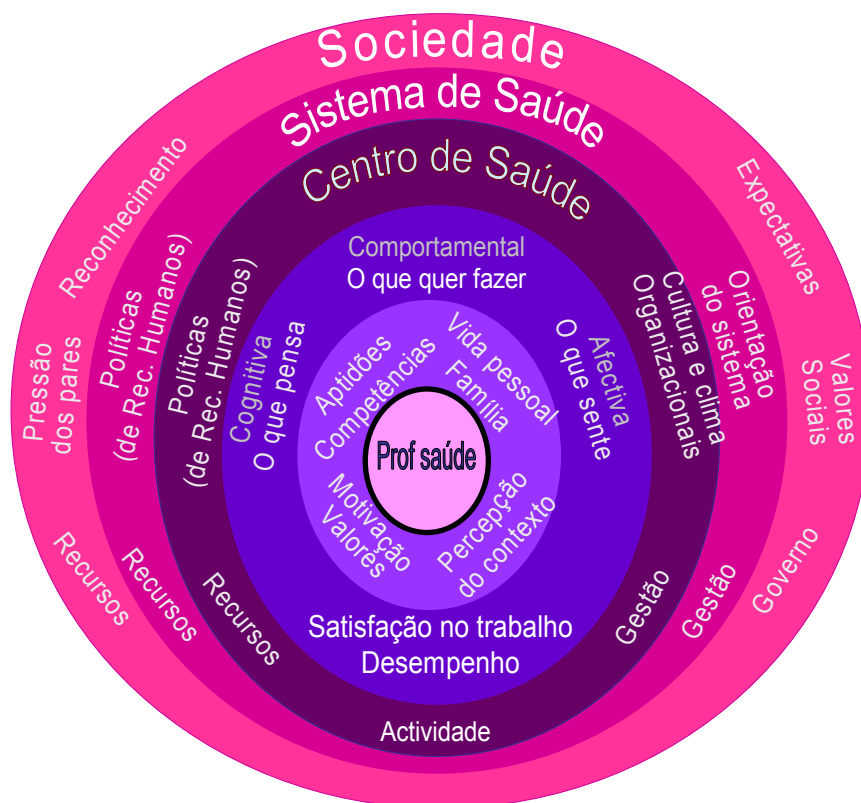


Figura 2.2 – Variáveis para avaliar a satisfação no trabalho em relação aos profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários.

O profissional de saúde tem de ser compreendido com a sua vida pessoal e familiar, as suas aptidões e competências, a sua motivação e valores e o modo como percebe o contexto. A sua atitude em relação ao trabalho – a sua satisfação no trabalho (com as componentes cognitiva, afectiva e comportamental) – e o seu desempenho estão em conexão, por um lado, com a esfera individual e, por outro, com a organização – o centro de saúde - com a sua cultura, os seus recursos, a sua gestão, as suas políticas (em particular a de recursos humanos) e a sua actividade. Nas camadas mais externas, temos o sistema de saúde, a sua orientação, a sua política, os recursos que tem e como os distribui e os seus processos de gestão. E na periferia das influências mas com uma intervenção fundamental, a sociedade mobilizada à volta dos seus valores e expectativas, com

o governo e os recursos disponíveis e o modo como os aloca e gere. Finalmente, igualmente na esfera social, duas componentes mais específicas que bebem de todas estas relações e exercem, por sua vez, uma influência estruturante sobre cada profissional – a pressão dos pares e o reconhecimento da sociedade em relação ao desempenho do sistema de saúde e, mais em particular, dos profissionais de saúde.

2.1.4.2. Motivação no trabalho

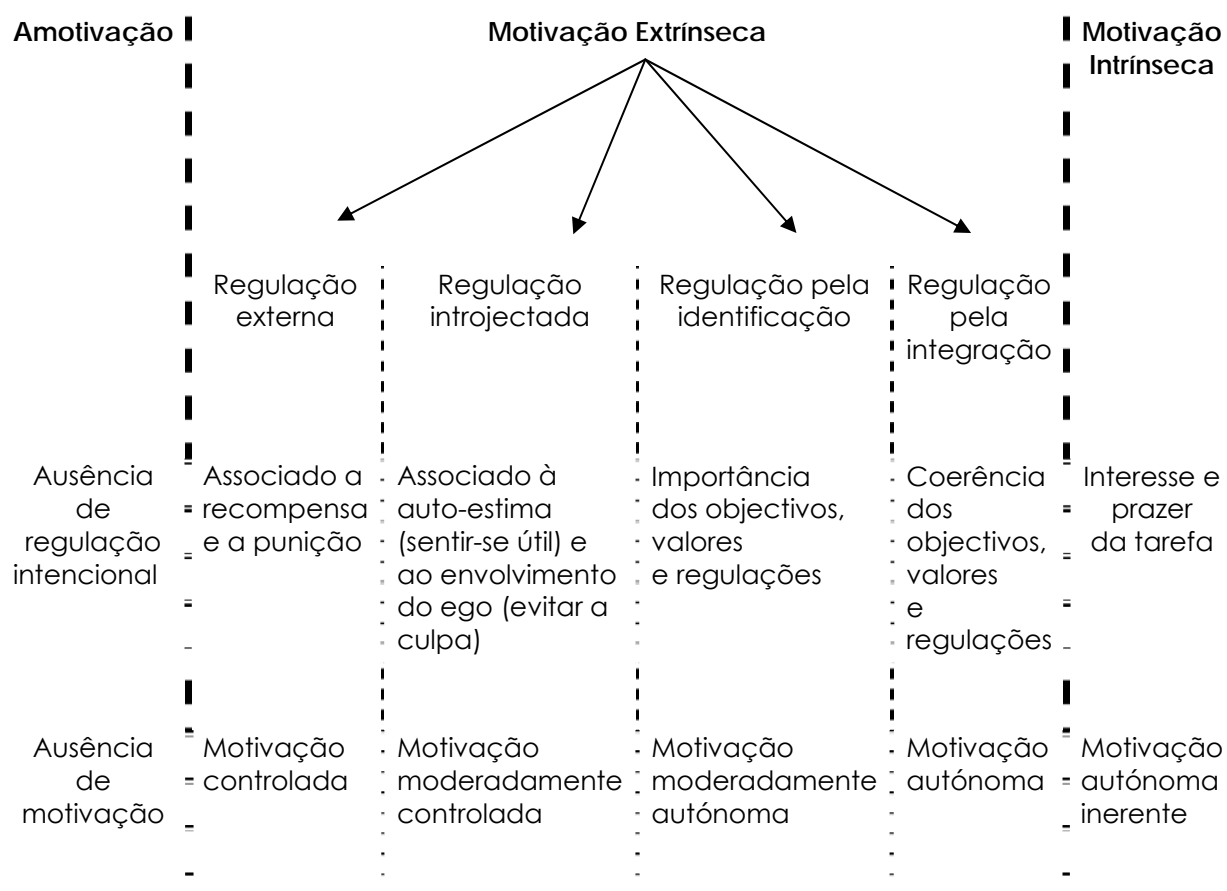
Das múltiplas teorias da motivação no trabalho, escolheu-se a teoria da auto-determinação e motivação no trabalho de Gagné & Deci, formulada em 2005²⁶, por nela se ter reconhecido uma característica integradora das outras teorias e representar uma concepção alinhada com a teoria da complexidade e potenciadora de uma abordagem salutogénica do trabalho e da satisfação que este pode proporcionar. Esta teoria vem reforçar o entendimento dos mecanismos individuais subjacentes à motivação no trabalho e a importância que os contextos organizacional e social nela têm.

Esta teoria teve como ponto de partida a teoria desenvolvida por Porter and Lawler em 1968, que propuseram um modelo que distingue a motivação no trabalho intrínseca da extrínseca. A motivação intrínseca incluía motivação de pessoas que exercem uma actividade porque a acham interessante e que retiram satisfação da actividade propriamente dita - “correm por gosto”. A extrínseca, em contraste, requer uma instrumentalização entre a actividade e algumas consequências diferenciáveis como recompensas tangíveis ou verbais e, portanto, a satisfação vem, não da actividade em si própria, mas das consequências extrínsecas a que a actividade conduz – “trabalho porque me pagam bem” ou “trabalho para não ser punido”. Esta teoria advogava que intervindo na estrutura do trabalho poder-se-ia melhorar a satisfação intrínseca ao tornar o trabalho mais interessante e aumentar a satisfação extrínseca ao tornar as recompensas mais

atractivas e dependentes do desempenho. Partia, ainda, do princípio de que os dois tipos de motivação eram adicionáveis podendo levar à satisfação total. No entanto, tal não se comprovou e alguns estudos sugeriram até que poderiam interagir quer negativamente quer positivamente: as recompensas tangíveis afectavam negativamente a motivação intrínseca, enquanto as verbais a aumentavam. É o que defende a teoria da avaliação cognitiva (*cognitive evaluation theory*): factores externos como recompensas, prazos, vigilâncias, tendem a diminuir a sensação de autonomia, predisõem para uma mudança da percepção do locus de controlo de interno para externo e minam a motivação intrínseca. Factores externos como a liberdade de escolha tendem a aumentar a sensação de autonomia e a deslocar a percepção do locus da causalidade de externo para interno, aumentando a motivação intrínseca.

A teoria da auto-determinação incorpora e amplia a teoria da avaliação cognitiva, sendo central a esta teoria a distinção entre motivação autónoma e motivação controlada. Autonomia envolve acção com um sentimento de volição e a experiência de escolha. A motivação intrínseca é um tipo de motivação autónoma – os indivíduos executam uma dada tarefa porque a consideram interessante e sentem que exercem a actividade por mera volição. Em contraste, ser controlado envolve um sentimento de se estar a ser pressionado, um sentimento de ser levado a se envolver na actividade. O uso de recompensas parece induzir a motivação controlada. Os dois tipos de motivação são intencionais, o que os opõe à amotivação, caracterizada por ausência de intenção ou motivação. A teoria da auto-determinação advoga a existência de um continuum de auto-determinação a partir da amotivação, passando por quatro tipos de motivação extrínseca até ao outro pólo da motivação intrínseca.

Figura 2.3 - Teoria da auto-determinação e motivação no trabalho
(adaptado de Gagné M e Deci E, 2005)



A teoria da auto-determinação diz que os processos regulatórios subjacentes e as experiências que acompanham os dois tipos de motivação - autónoma e controlada - são diferentes.

Os comportamentos intrinsecamente motivados, que são propulsionados pelo interesse que a pessoa tem na actividade, são tipicamente autónomos. A motivação extrínseca, por seu lado, pode ser autónoma ou controlada. As actividades que não são consideradas interessantes (para as quais a pessoa não está intrinsecamente motivada) requerem uma motivação extrínseca, ou seja, para serem empreendidas necessitam que haja a percepção da associação entre o comportamento e uma consequência desejada como, por ex., uma manifestação de aprovação ou uma recompensa

tangível. Nesta teoria, quando um comportamento é iniciado e mantido por factores externos à pessoa é considerado regulado externamente. Este é o tipo clássico de motivação extrínseca e é o protótipo da motivação controlada. As pessoas agem com a intenção de obterem uma consequência desejada ou evitarem uma indesejada – “a cenoura e o pau”, portanto são levados a uma dada acção apenas quando essa acção é instrumental para essas consequências, são reguladas externamente – “trabalho para ganhar dinheiro”, “trabalho para não ser despedido”.

Ainda na motivação extrínseca, temos a motivação moderadamente controlada quando a pessoa se envolve num determinado comportamento para se sentir útil, melhorando a sua auto-estima, ou para evitar sentir culpa e sentir-se melhor consigo própria. Neste tipo, a regulação foi tomada pela pessoa mas não aceite como dela própria, o que se chama regulação introjectada (*introjected*); como se a regulação controlasse a pessoa – “trabalho para me sentir útil” .

Continuando na motivação extrínseca, caminhando no sentido de comportamentos mais autónomos, temos as motivações que assomam quando a regulação de um comportamento e o valor a ela associado são internalizados. A internalização acontece quando as pessoas assumem os valores, atitudes e estruturas regulatórias a tal ponto que a regulação externa é transformada em regulação interna e não requer mais a presença de um factor externo associado – a pessoa iniciou uma actividade por razões externas a esta, mas com o passar do tempo começou a aperceber-se do valor da actividade e o gosto pela actividade foi aumentando, crescendo a volição porque o comportamento é percebido como mais congruente com os objectivos e identidade da pessoa (regulação pela identificação e motivação moderadamente autónoma) – “não gosto de fazer pensos, mas tenho de o fazer; no entanto quanto mais sei da importância de

um penso bem feito para o bem-estar da pessoa, importo-me cada vez menos e, apesar de continuar a não gostar de fazer pensos, aprecio a importância que tem um penso bem feito".

Progredindo, quando a coerência entre os objectivos, valores e regulações da actividade com os da pessoa aumenta e começa a verificar-se a incorporação da noção da importância do trabalho independentemente do seu interesse intrínseco, a regulação é integrada e a motivação passa a ser autónoma mas não intrínseca – a actividade passou a ser instrumentalmente importante para os objectivos da pessoa (regulação pela integração).

Um dos resultados principais dos estudos que avaliaram a teoria da auto-determinação, nomeadamente o efeito das recompensas na motivação intrínseca, foi o de que o clima inter-pessoal é importante: se as recompensas são administradas num contexto pró-autonomia e de suporte, se são consideradas equitativas, se são percebidas como reflectindo o desempenho e não incorporam elementos de controlo como competição com colegas de profissão ou pressão para atingir metas, é menos provável que minem a motivação intrínseca, podendo até aumentá-la³.

Os estudos efectuados sugerem que a motivação autónoma é superior, em termos de desempenho, em situações complexas e interessantes ou menos complexas mas que requerem disciplina. Quando envolve apenas actividades simples, a motivação autónoma não parece trazer valor adicional em termos de desempenho, mas, mesmo assim, parece trazer mais bem-estar e satisfação no trabalho³.

Como conclusão, a motivação autónoma maximiza o desempenho de um modo heurístico, promove a cidadania organizacional (por ex. ajuda com colegas, inovação), reforça a confiança e o compromisso com a organização e aumenta o bem-estar e a satisfação no trabalho. No entanto, os autores desta teoria

consideraram, em 2005 quando a formularam, que eram necessários mais estudos em ambientes de trabalho e em situações reais para evidenciar a sua utilidade como teoria de motivação no trabalho. De qualquer modo, o reconhecimento da sua utilidade tem surgido com múltiplas referências a esta teoria e à sua importância no desenho de modelos de trabalho e, em particular, de esquemas de incentivos^{27,28}.

2.1.4.3. Um modelo global de motivação e satisfação no trabalho

Foi adoptado nesta tese como ponto de partida e eixo central, o modelo de processo motivacional dos trabalhadores da saúde de L. Franco²⁹ (Figura 2.4; ver no final do capítulo, a seguir às referências bibliográficas; pag. 152);

Numa visão integradora, a satisfação no trabalho surge intimamente relacionada com a motivação no trabalho, tendo consequências em termos do desempenho do trabalhador e da organização para a qual trabalha. Motivação no trabalho pode ser definida como o grau de vontade individual em iniciar e manter um esforço com vista a alcançar objectivos organizacionais e satisfazer necessidades individuais (adaptado de Franco, 2004; Bennett & Franco, 1999)^{22,29}, correspondendo a um conjunto de processos psicológicos que leva o trabalhador a alocar os seus recursos pessoais na tentativa de atingir esses objectivos organizacionais, influenciando a actividade da organização, ao mesmo tempo que satisfaz as suas necessidades individuais. Sintetizando, motivação no trabalho existe quando há alinhamento entre os objectivos individuais e os da organização: quando o atingimento de um objectivo organizacional é associado a resultados individuais desejados como os sentimentos de realização ou de ganho pessoal²⁹.

A motivação no trabalho resulta, então, da interacção entre os trabalhadores e o enquadramento, organizacional e social, do trabalho. Consequentemente, as potenciais variáveis que influenciam a motivação no trabalho estendem-se:

- às características individuais e demográficas dos trabalhadores e ao modo como estes interpretam os factores contextuais;
- aos factores sociais, como as expectativas da comunidade, a pressão dos pares e os valores sociais;
- aos factores organizacionais, como os recursos e funcionamento da organização, a sua política de recursos humanos e o modo como esta é implementada assim como a sua cultura organizacional²².

Nesta teoria, a motivação no trabalho tem um resultado afectivo (o que o trabalhador sente), um resultado cognitivo (a opinião do trabalhador sobre o trabalho e a sua posição em relação a ele) e um resultado, mais final, comportamental (o seu desempenho).

O desempenho é definido como o comportamento patenteado pelo trabalhador num contexto de trabalho e a produtividade como resultado ("*the net outcome*") desse comportamento segundo Kanungo citado por Bennett et al²². Segundo estes autores, o desempenho é uma consequência de três factores: a capacidade dos trabalhadores para fazerem o seu trabalho – os factores avaliados no processo "posso fazer" do modelo motivacional; a motivação dos trabalhadores para alocarem os seus esforços e recursos no trabalho – os factores do "vou fazer"; e o suporte organizacional ou oportunidade para fazer bem o seu trabalho (a disponibilidade de recursos, o vigor de políticas e práticas propiciadoras de um bom desempenho, as envolventes física e social adequadas). Por outras palavras, o desempenho dependerá de os trabalhadores serem capazes de realizar o trabalho, de o quererem realizar e de terem os meios e o enquadramento de apoio para o levar a cabo²².

O desempenho dos trabalhadores é, portanto, dependente dos recursos disponíveis, dos factores organizacionais e sociais existentes e das competências dos trabalhadores, mas também da vontade dos mesmos em trabalharem regularmente e de um modo diligente e de se proporem objectivos de qualidade, ou seja, da sua motivação para o trabalho. Nos cuidados de saúde, por serem muito dependentes dos recursos humanos, a qualidade dos serviços, a eficiência e a equidade são características directamente mediadas pela vontade do trabalhador em se aplicar nas suas tarefas. Portanto, o desempenho do sector da saúde e, consequentemente, os resultados em saúde estão criticamente dependentes da motivação no trabalho²².

O comportamento/desempenho do trabalhador está associado a consequências para a organização, para a comunidade e para o próprio trabalhador. Nas consequências organizacionais surgem a produtividade, a permanência ou mudança de local de trabalho ou de área de trabalho, o grau de absentismo, a pontualidade ou, no final e em termos mais gerais, a qualidade dos serviços – cuidados adequados e atempados, cordialidade no atendimento, atenção aos aspectos psicológicos e sociais dos problemas dos utentes, melhor prescrição de medicamentos.

Nas consequências para a comunidade estão, por exemplo, os ganhos em saúde, a maior satisfação dos utilizadores e dos responsáveis pelas organizações da saúde.

Nas consequências pessoais para o trabalhador surgem a possibilidade ou não de promoção, de uma maior ou menor remuneração ou o desenvolvimento ou não de uma intenção de deixar o local de trabalho ou a área de trabalho ou, ainda, da possibilidade de ser despedido, e, basicamente, a satisfação com a vida em geral e condições da sua própria saúde.

Estas consequências fecham o círculo ao influenciarem o próprio trabalhador ou os factores sociais e organizacionais que influenciam o processo motivacional.

Esta teia recursiva de relações é apresentada por L Franco no modelo conceptual do processo motivacional nos profissionais de saúde apresentado na figura 2.5 (ver no final do capítulo, a seguir às referências bibliográficas; pag. 153).

A motivação no trabalho está, portanto, no âmago de uma teia de variáveis em ciclos de causalidade, em que os termos determinantes, resultados e consequências perdem o seu significado determinístico e causal directo linear, assumindo-se mais uma relação de interdependência e recursividade entre todos os elementos, uma relação complexa.

Neste sentido, o modelo representado na figura 2.5 (no final deste capítulo a seguir às referências bibliográficas; pág. 154) evidencia, de modo mais claro, esta recursividade, ao retirar os termos determinantes, resultados e consequências, falando de interacções e reforçando as circularidades nos processos individuais e sistémicos. Por outro lado, introduz mais uma dimensão, a familiar, com todas as problemáticas derivadas do interface família/trabalho³⁶. Por último, assume, e introduz no modelo, a relação entre motivação e satisfação no trabalho abordada na secção.

2.2. Satisfação no trabalho dos médicos de família e factores associados

Dividiu-se esta secção em duas: uma relativa aos estudos encontrados na bibliografia internacional e outra baseada na bibliografia nacional.

2.2.1. Estudos internacionais

Quanto à revisão da bibliografia internacional, foi efectuada uma pesquisa na plataforma EBSCO, utilizando as bases de dados de artigos "Academic Search Premier", "Business Source Premier", "MEDLINE" e "ERIC" com as seguintes palavras-chave e operadores booleanos:

"job satisfaction" AND ("family physicians" OR "family practice").

A primeira pesquisa foi efectuada sem limite temporal no dia 28/04/2006. Foram utilizados os seguintes limites: "*field - all text*" e "*related words*".

Na primeira pesquisa efectuada a 28/04/2006 (sem limite temporal para trás), obtiveram-se, com esta estratégia de busca, 635 artigos. Os *abstracts* destes 635 artigos foram analisados pelo autor e por outra médica de família^{xii} e, do consenso dos dois, resultaram 234 artigos, dos quais foi possível obter 146 que foram analisados pelo autor.

Nos anos seguintes, efectuaram-se novas pesquisas (até 14/06/2010) utilizando a mesma estratégia de busca, tendo sido obtidos 210 artigos, dos quais foram considerados 37 por análise dos *abstracts*. Paralelamente, foram revistas as referências bibliográficas dos artigos analisados e obtidos mais artigos e ainda consultados livros de texto.

Para esta secção decidiu-se focar as conclusões numa revisão sistemática sobre os factores associados à satisfação no trabalho dos médicos de família, publicada em 2006²⁴ e que abarcava artigos publicados até Junho de 2006, e complementá-la com artigos da revisão efectuada pelo autor e artigos posteriores a Junho de 2006, que cumpriam os critérios de qualidade adoptados nesta revisão sistemática²⁴. Decidiu-se ainda dar atenção a documentos

^{xii} Pascale Charondière

governamentais, documentos de síntese ou editoriais sobre a temática porque incorporam as crenças e a reflexão de grupos que influenciam decisões a nível político e gestor sobre a satisfação no trabalho.

Procuraram-se especificamente estudos que analisassem associações entre satisfação no trabalho, por um lado, e condições de exercício profissional, desempenho profissional, a saúde dos profissionais e resultados em saúde para as populações.

Na revisão sistemática referida sobre satisfação no trabalho dos médicos de família, I. Van Ham et al²⁴ utilizaram duas estratégias de pesquisa: uma busca em quatro bases de dados (Web of Science, Embase, Cochrane e PubMed) relativas a artigos em cinco línguas (inglês, holandês, alemão, francês e castelhano) publicados entre 1990 e Junho de 2006, e listas de referências dos artigos seleccionados. Só foram incluídos artigos sobre satisfação no trabalho de médicos de família que incluíam pelo menos 30 participantes e que foram baseados em estudos empíricos. Como não identificaram nenhum instrumento validado para avaliar estudos observacionais, aplicaram o seguinte conjunto de critérios para determinar a qualidade dos estudos: utilização de uma amostra aleatória, referência à capacidade de generalização dos resultados, análise dos não respondentes, utilização de instrumentos de medida validados e tipo de análise estatística (multivariada, bivariada ou outra) ^{xiii}.

Resultaram, no final, 24 artigos (dois com o máximo da pontuação de qualidade de sete pontos, oito com uma pontuação

^{xiii} A classificação da qualidade de estudos observacionais proposta por I. Van Ham e colegas²⁴ só considera estudos com pelo menos 30 participantes e que foram baseados em estudos empíricos e contempla os seguintes critérios (com uma pontuação máxima de 7 pontos):

- a) amostra aleatória: sim 1; não 0;
- b) menção à capacidade de generalização dos resultados: sim 1, não 0;
- c) os não-respondentes foram analisados: sim 1; não 0;
- d) foi utilizado um instrumento de medida validado: sim 2; há menção das características psicométricas (fiabilidade e/ou correlação inter-item ou validade) 1; não 0;
- e) análise estatística: multivariada 2; bivariada 1; outra 0

de seis, cinco com uma de cinco e os restantes com uma pontuação inferior) relativos a estudos no Reino Unido, Irlanda, Estados Unidos da América, Israel, Estónia, Nova Zelândia, Austrália, Noruega, Escócia, Lituânia e Espanha.

Os factores que estão associados à satisfação no trabalho dos médicos de família e que foram referidos em dois ou mais artigos incluídos nesta revisão sistemática foram:

- a variedade do trabalho (quanto maior, maior a satisfação no trabalho);
- as relações e contacto com colegas no trabalho (quanto melhores, maior a satisfação no trabalho);
- participar na formação de estudantes de medicina (quando os médicos de família participavam neste ensino, maior a satisfação no trabalho); e o
- vencimento (quanto maior, maior a satisfação no trabalho).
- Factores que influenciam a satisfação no trabalho referidos num artigo só:
 - o número de horas de trabalho (quanto maior, menor a satisfação no trabalho);
 - carga administrativa/burocrática do trabalho (quanto maior, menor a satisfação no trabalho);
 - carga de trabalho (quanto maior, menor a satisfação no trabalho);
 - pressão do tempo (quanto maior, menor a satisfação no trabalho); e
 - falta de reconhecimento (quanto menor o reconhecimento, menor a satisfação no trabalho).

Foram, ainda, investigados os seguintes factores e não foi encontrada nenhuma associação com a satisfação no trabalho:

- composição da população utente;
- número de anos de actividade profissional.

Como grande conclusão, os factores relacionados com características intrínsecas^{xiv} da profissão, com aquilo que é nuclear e relacionado com a natureza da profissão (como a variedade no trabalho), ou as relações interpessoais com colegas no trabalho surgem associados a maiores pontuações de satisfação no trabalho enquanto que factores extrínsecos, relacionados com as condições de trabalho (vencimento, o número de horas de trabalho, carga administrativa/burocrática do trabalho, carga de trabalho, pressão do tempo ou falta de reconhecimento), estavam associados a menores níveis de satisfação no trabalho. A grande implicação destas conclusões é que os factores associados a menor satisfação no trabalho correspondem, de um modo geral, a factores contextuais à profissão.

Para complementar esta revisão sistemática, analisaram-se outros estudos identificados na revisão efectuada para esta tese dos quais se apresentam agora os considerados mais relevantes e com maior qualidade.

Num estudo³⁰(1994^{xv})^{xvi}, incidindo sobre 127 clínicos gerais espanhóis, e que foi a base do questionário construído para esta tese, detectou-se que os factores da satisfação no trabalho eram, do mais pontuado (portanto onde havia mais satisfação) ao menos pontuado: relações sociais no trabalho, avaliação global da satisfação no trabalho, descontracção no trabalho, variedade do trabalho, independência/autonomia para organização do próprio trabalho,

^{xiv}^{xiv} C. Cooper³¹, citando Warr et al, distingue factores intrínsecos da satisfação no trabalho - liberdade /autonomia, responsabilidade, variedade e competência (*ability*) – dos factores extrínsecos – horas de trabalho, remunerações.

^{xv} Optou-se por colocar entre parênteses o ano de publicação do estudo porque se achou que o impacto sobre a reflexão relativa aos resultados era mais importante e esta está mais dependente de quando se escreveu o artigo do que quando se levou a cabo o estudo.

^{xvi} Pontuação de 6 na classificação da qualidade de estudos observacionais proposta por Van Ham e colegas

adequação para o trabalho que têm de fazer e o nível de pressão no trabalho.

Noutro estudo³¹ no Reino Unido (1989)^{xvii}, envolvendo 1817 médicos ingleses, as dimensões da satisfação no trabalho também por ordem decrescente (do que despertava maior satisfação para o que menos o fazia) eram: latitude de responsabilidade dada, liberdade de escolha dos métodos de trabalho, diversidade do trabalho, colegas de trabalho, condições físicas para a prática, oportunidades para fazer uso das suas competências, vencimento, reconhecimento do seu bom trabalho e as horas de trabalho. Os factores associados à satisfação no trabalho foram a exigência do trabalho e expectativas dos utentes, a interface trabalho/casa e vida social, interrupções e administração da unidade de saúde.

Um outro estudo³², igualmente no Reino Unido (2006)^{xviii} com 1035 médicos de família respondentes e utilizando o mesmo instrumento do estudo anterior, revelou que as dimensões da satisfação no trabalho se posicionavam agora do seguinte modo (por ordem decrescente): colegas de trabalho, diversidade do trabalho, latitude de responsabilidade dada, condições físicas para a prática, oportunidades para fazer uso das suas competências, liberdade de escolha dos métodos de trabalho, vencimento, reconhecimento do seu bom trabalho e as horas de trabalho. Verificou-se, portanto, que as relações no trabalho subiram nesta hierarquia de satisfação, que a satisfação com a diversidade no trabalho e as oportunidades para fazer uso das suas competências subiram mas que a satisfação com a autonomia e a responsabilidade atribuída desceram. Neste estudo, depois de controlarem variáveis como características pessoais e do trabalho, níveis de satisfação no trabalho mais altos estavam

^{xvii} Pontuação de 6 na classificação da qualidade de estudos observacionais proposta por Van Ham e colegas

^{xviii} Pontuação de 5 na classificação da qualidade de estudos observacionais proposta por Van Ham e colegas.

associados com maior envolvimento nas decisões, aumento do interesse do trabalho e capacidade de fazer face a múltiplas exigências. Os autores concluem que apesar das reformas no sentido do aumento da satisfação no trabalho, a carga de trabalho, a pressão do tempo e o controlo do trabalho mantêm-se como problemas ainda insuficientemente controlados.

Ainda no Reino Unido, num estudo³³ (2006)^{xix} envolvendo 1986 médicos de família, concluiu-se que as características do trabalho tinham um efeito maior nos vários domínios da satisfação do que as características pessoais. De qualquer modo, os médicos de sexo masculino têm menor satisfação no trabalho nos domínios do vencimento e oportunidades para usar as suas competências e os médicos mais novos estão menos satisfeitos com a latitude de responsabilidade que lhes é possibilitada. Nos médicos que consideravam que a governação clínica levava a um aumento da carga de trabalho, a satisfação era menor quanto às condições físicas para a prática, liberdade de escolha dos métodos de trabalho, as horas de trabalho, latitude de responsabilidade dada, vencimento e reconhecimento do seu bom trabalho.

Um estudo³⁴ (2010) ^{xx} na Noruega analisou a evolução da satisfação no trabalho numa amostra representativa de 1600 médicos (de família e hospitalares) de 2000 a 2006 e revelou que não existiam diferenças entre os sexos mas os médicos mais velhos tinham maior satisfação no trabalho do que os mais novos. Os autores explicaram esta diferença pela diminuição das expectativas ao longo do tempo, remunerações mais elevadas ou percepções mais elevadas de autonomia ou, ainda, porque têm mais experiência e, por tal razão, estão menos expostos ao stresse da profissão.

^{xix} Pontuação de 6 na classificação da qualidade de estudos observacionais proposta por Van Ham e colegas

^{xx} Pontuação de 7 na classificação da qualidade de estudos observacionais proposta por Van Ham e colegas?

Um outro estudo³⁵ (2009)^{xxi} nos Estados Unidos da América com uma amostra representativa de médicos de família em três momentos (1996/7, 1998/9 e 2000/1) com respostas a um questionário telefónico (taxa de resposta de 65%) concluiu que níveis mais altos de satisfação no trabalho estavam consistentemente associados:

- a um mais fácil acesso, por parte dos médicos, a serviços de apoio à sua prática de alta qualidade (como fisioterapia, cuidados domiciliários, aconselhamento nutricional);
- a uma diminuição da parcela do vencimento dependente de esquemas de “*managed care*” (esquemas de contratualização de serviços por seguradoras que implicam, entre outros contras, uma diminuição da autonomia dos médicos e uma gestão mais centralizada³⁶);
- a uma menor complexidade dos cuidados a prestar; e
- a um aumento da autonomia percebida para tomar decisões clínicas.

Outro estudo³⁷ na Escócia (2006^{xxii}), desta feita qualitativo, utilizou entrevistas em profundidade a 19 médicos de família para analisar a satisfação destes no que se refere às consultas com os seus pacientes, concluiu-se que as experiências de satisfação/insatisfação estavam relacionadas primariamente com o desenvolvimento e manutenção das relação interpessoais com as pessoas que os consultavam mais do que com os aspectos técnicos do diagnóstico e tratamento. Nas consultas mais satisfatórias, os médicos utilizavam os aspectos interpessoais dos cuidados, em particular o seu conhecimento das pessoas, para terem bons resultados. O sucesso era visto em termos holísticos, no restabelecimento da pessoa total. Estes sucessos eram fundamentais para a sua identidade como “bons médicos”. As

^{xxi} Pontuação de 4 na classificação da qualidade de estudos observacionais proposta por Van Ham e colegas⁹ que vai de 0 a 7.

^{xxii} Este estudo é um estudo da esfera qualitativa e, portanto, não é feita a sua avaliação de qualidade.

experiências negativas colocavam em risco essa identidade e os médicos defendiam-se encontrando explicações que os distanciavam das causas do insucesso. A grande implicação que os autores apontam neste estudo é que a ênfase dos níveis de gestão na quantificação do sucesso dos cuidados de saúde em termos meramente de diagnósticos e terapêuticas é incongruente com esta perspectiva e tal pode ter consequências adversas na satisfação dos médicos de família.

Um outro estudo avaliou não só as condições de exercício associadas à satisfação no trabalho mas também a qualidade dos cuidados e os erros associados. Foi um estudo^{38,39} (publicado em dois artigos 2005 e 2009)^{xxiii} realizado no Estados Unidos da América envolvendo um total de 449 médicos dos cuidados de saúde primários (médicos de família e internistas do ambulatório) de 119 instituições e que avaliou:

- as condições de exercício, reportadas pelos médicos, como estrutura, pressão do tempo, ritmo de trabalho, controlo do trabalho, cultura organizacional, liderança, políticas, procedimentos e interações com os utentes;
- as reacções dos médicos como satisfação no trabalho, stresse, *burnout*, intenção de sair da organização, avaliadas por questionários auto-preenchidos;
- os cuidados às pessoas como a qualidade dos cuidados e os erros médicos no tratamento da diabetes, da hipertensão arterial e cuidados preventivos, avaliados por auditoria aos processos clínicos (pelo menos quatro por médico).

Mais de metade dos médicos (53,1%) reportaram pressão do tempo nas consultas, 48,1% disseram que o seu ritmo de trabalho era

^{xxiii} Pontuação de 5 na classificação da qualidade de estudos observacionais proposta por Van Ham e colegas que vai de 0 a 7.

caótico, 78,4% referiram que tinham pouco controlo sobre o seu trabalho e 26,5% reportaram *burnout*.

A satisfação no trabalho estava fortemente associada com a sensação de controlo do trabalho ($r = 0,46$, $p < 0,001$), um ambiente menos caótico em termos de organização do trabalho ($r = 0,38$, $p < 0,001$) e as cinco dimensões do clima organizacional estudadas (r 's entre 0,25 e 0,50, todos $p < 0,001$) – maior satisfação no trabalho se existe um mais forte sentimento de confiança e pertença, um maior alinhamento entre a liderança e os valores do médico, uma superior aposta na qualidade dos cuidados, uma maior ênfase na disponibilização de informação e conhecimento e uma maior coesão (identificada, por ex., no acordo generalizado sobre a maior parte dos tópicos éticos/morais ou quando existe um ambiente de discussão sobre falhas clínicas).

Adicionalmente, o ambiente caótico na organização do trabalho estava associado a menor saúde mental ($p = 0,001$), a uma inferior confiança na organização e a uma mais forte intenção de deixar a organização ($p = 0,001$).

Havia mais erros reportados em organizações com uma cultura em que a qualidade não era enfatizada ($p = 0,002$) e os médicos consideravam que iam cometer mais erros no futuro nas culturas em que havia menos ênfase na disponibilização de informação e conhecimento ($p = 0,017$) ou em centros em que havia uma menor ênfase na diversidade dentro da equipa de trabalho ($p = 0,001$). Ficou assim demonstrada a relação entre culturas organizacionais desfavoráveis e reacções adversas nos médicos.

Algumas condições para o exercício estavam associadas com menor qualidade dos cuidados e mais erros (a qualidade era menor quando havia maior pressão do tempo na consulta e menor

percepção de controlo do trabalho por parte dos médicos), mas não de um modo muito consistente ou forte.

Não se demonstrou nenhuma associação entre as reacções desfavoráveis dos médicos, nomeadamente insatisfação no trabalho, e a qualidade dos cuidados ou erros. Uma explicação avançada pelos autores deste estudo é que os médicos podem actuar como um factor-tampão em relação às más condições de trabalho, que os afectam de um modo relevante, não deixando, no entanto, que isso perturbe os cuidados que prestam. Mas dada a forte associação entre a insatisfação no trabalho e a intenção de sair da organização e com sair efectivamente da organização³, a perturbação da qualidade dos cuidados seria sentida através da falta de médicos para trabalhar na organização.

Em termos gerais, os autores deste estudo referem que é defensável dizer que as organizações que prestam cuidados de saúde primários podem tornar-se mais seguras e mais satisfatórias como locais de trabalho para os médicos se colocarem o foco na disponibilização de informação e conhecimento, promoverem uma cultura de qualidade em vez de quantidade e aumentarem a qualidade organizacional diminuindo a possibilidade de o ambiente de trabalho poder ser percebido como caótico.

Ainda na qualidade dos cuidados, um estudo⁴⁰ (2005)^{xxiv} nos Estados Unidos da América, investigou a satisfação no trabalho associada à qualidade dos cuidados e resultados em saúde em duas áreas - depressão e dor – em 17187 pessoas utentes dos serviços envolvidos (destes, 2004 foram avaliados seis meses depois). Os resultados revelaram que os doentes de médicos com níveis superiores de satisfação no trabalho tinham maior confiança nos seus médicos. Os doentes com dor que consultavam médicos com maior satisfação

^{xxiv} Pontuação de 5 na classificação da qualidade de estudos observacionais proposta por Van Ham e colegas.

no trabalho mudaram menos de médico no contacto seis meses depois e os com depressão avaliavam melhor os cuidados dos médicos que estavam mais satisfeitos no trabalho. Não se registaram, igualmente, associações com os resultados em saúde.

Uma área de interesse por causa da falta de médicos de família, que é um problema de muitos países ⁴¹, são as intenções de deixar o local de trabalho.

Um estudo, nos Estados Unidos da América, analisou em maior profundidade esta associação entre satisfação no trabalho dos médicos de família e intenções para deixar a organização onde trabalhavam. Este estudo⁴¹ (2002) ^{xxv}, num estudo transversal, utilizando questionários, com 1939 médicos (dos quais 24% eram médicos de família), demonstrou que existiam associações entre a intenção de deixar a organização onde trabalhavam num período de tempo de dois anos e a insatisfação dos médicos de família com a remuneração, com as relações com as comunidades em que prestavam serviço e com as relações com os membros não-médicos das equipas dos centros em que trabalhavam. Nas conclusões deste estudo, os autores dizem que mais do que procurar altos níveis de satisfação no trabalho, os gestores deveriam focar a sua atenção nos aspectos que mais insatisfazem os médicos de família.

No Reino Unido, foi efectuada outra investigação⁴² (2006)^{xxvi} envolvendo 1986 médicos de família sobre intenções de deixar a instituição onde trabalhavam num espaço de tempo de cinco anos e os factores associados. Concluiu-se que a satisfação no trabalho, no seu global, assim como as várias dimensões da satisfação no trabalho, tinham efeito nessas intenções de deixar a instituição (quanto maior a

^{xxv} Pontuação de 6 na classificação da qualidade de estudos observacionais proposta por Van Ham e colegas.

^{xxvi} Pontuação de 6 na classificação da qualidade de estudos observacionais proposta por Van Ham e colegas.

satisfação, menores as intenções). As características do trabalho tinham impacto adicional para além da satisfação. Assim, pertencer a uma organização que impõe uma governação clínica mais forte com aumento da carga de trabalho, aumenta as intenções de deixar a instituição.

Nesta investigação foram feitas, ainda, simulações e concluiu-se que se se diminuísse a carga burocrática dos médicos de família em uma unidade, registar-se-ia uma diminuição de cerca de 22% nas intenções de deixar a unidade onde trabalhavam; se se aumentasse o vencimento em 16%, a diminuição seria de cerca de 9% e se se diminuíssem as horas de trabalho de 45 para 40 horas semanais, a diminuição seria de cerca de 3%.

Outro estudo⁴³, mas desta feita na Finlândia (2007)^{xxvii} analisou a associação entre satisfação e insatisfação no trabalho (avaliadas separadamente) e as intenções de mudar de sector de actividade do público para o privado e concluíram que a satisfação no trabalho diminui a intenção de trocar o sector público pelo privado mas que a insatisfação não parecia ter efeito nessa intenção. Trabalhar em simultâneo nos dois sectores aumenta a probabilidade de querer deixar o sector público totalmente.

Uma outra investigação⁴⁴ explorou a satisfação no trabalho e o compromisso organizacional e envolveu, num estudo transversal, 1482 médicos de família empregados em organizações privadas nos Estados Unidos da América (2010)^{xxviii} Este estudo demonstra que os factores associados à satisfação no trabalho variam conforme é avaliada a satisfação com as diferentes estruturas dentro da organização ou toda a organização. A satisfação em relação à

^{xxvii} Pontuação de 4 na classificação da qualidade de estudos observacionais proposta por Van Ham e colegas.

^{xxviii} Pontuação de 5 na classificação da qualidade de estudos observacionais proposta por Van Ham e colegas.

organização como um todo era predita pelo modo como os médicos de família percebiam que o corpo gestor os valorizava e reconhecia assim como se considerava que os objectivos da organização eram compatíveis com os seus próprios; já o compromisso organizacional era predito pelas relações entre os médicos e esse corpo gestor; a satisfação assim como o compromisso organizacional com o seu grupo de trabalho era predita pelas relações sociais entre os elementos do grupo; e a satisfação com a actividade própria de cada médico era predita pelas relações com as pessoas que procuravam os seus cuidados como médicos de família. Variáveis como o suporte organizacional para a actividade, o controlo do trabalho, vencimento ou pressão do tempo apresentavam associações menos fortes que as relações sociais dos médicos de família em relação à satisfação no trabalho e o compromisso organizacional. As relações sociais são, portanto, os preditores mais fortes de satisfação no trabalho e compromisso organizacional. Assim, estratégias que visem a melhoria das relações sociais dentro da organização podem ser muito importantes na melhoria da satisfação no trabalho e do compromisso organizacional.

A satisfação no trabalho também foi estudada nas suas associações com outras variáveis pessoais dos médicos, nomeadamente com o stress sentido pelos médicos, a sua saúde mental ou problemas de saúde como o alcoolismo.

Assim um outro estudo⁴⁵ (2000)^{xxix} identificaram, num estudo transversal em Israel, correlações fortes e estatisticamente significativas entre satisfação no trabalho, por um lado, e stress percebido e *burnout* por outro (r de -0,62 e -0,43 respectivamente). Em outro estudo³² no Reino Unido, (2006)^{xxx}, depois de controlarem variáveis

^{xxix} Pontuação de 1 na classificação da qualidade de estudos observacionais proposta por Van Ham e colegas

^{xxx} Pontuação de 5 na classificação da qualidade de estudos observacionais proposta por Van Ham e colegas.

como características pessoais e do trabalho, os níveis de satisfação no trabalho mais altos estavam associados com menos stresse.

C. Cooper et al num estudo³¹ (1989)^{xxxi} transversal em Inglaterra que envolveu 1817 médicos de família (já referido) revelou que as mulheres médicas de família tinham níveis de satisfação no trabalho maiores e mais sinais positivos de bem-estar mental (um índice composto por escalas de depressão e ansiedade) do que os homens e que estes apresentavam níveis maiores de ansiedade e bebiam mais álcool; os mesmos factores associados à satisfação no trabalho estavam associados ao bem-estar mental: a exigência do trabalho e expectativas dos utentes, a interface trabalho/casa e vida social, interrupções e administração da unidade de saúde. O tipo A de personalidade (competição, agressividade, estar hiperalerta, impaciência, etc), mais propenso ao stresse, estava associado a menor bem-estar mental, mas não foi associado à satisfação no trabalho. As competências técnicas também não foram associadas à satisfação no trabalho. Os autores advogam que se deveria prestar mais atenção na formação, a competências sociais e gestionárias - gestão do tempo, de pessoas e de organização do trabalho - o que levaria secundariamente a menos conflitos família/trabalho assim como deveriam existir mais serviços de suporte aos médicos de família no sentido de preservar e melhorar a sua saúde mental.

Em relação aos médicos, conforme transparece da análise da morbilidade e mortalidade da classe médica, esta área constitui uma questão vital. C. Cooper et al ,num estudo³¹ (1989), referem várias estatísticas do Reino Unido para evidenciar que os médicos têm um risco aumentado de morrer por suicídio, cirrose e acidentes (três causas frequentemente ligadas ao stresse), o dobro da mortalidade por enfarte de miocárdio nos médicos de família entre os 40 e os 60

^{xxxi} Pontuação de 6 na classificação da qualidade de estudos observacionais proposta por Van Ham e colegas.

anos e duas a sete vezes mais dependência de álcool dos médicos em comparação com a população em geral.

No estudo⁴⁵ (2000) ^{xxxii} transversal em Israel já referido, exploraram a importância da formação na satisfação no trabalho e identificaram uma correlação positiva estatisticamente significativa entre satisfação no trabalho e envolvimento auto-reportado em actividades de educação médica contínua e oportunidades igualmente auto-reportadas de actualização profissional (r de 0,27 e 0,14 respectivamente).

O *The New England Journal of Medicine* no início de 2004, publicou um "*special report*"⁴⁶ sobre satisfação no trabalho dos médicos em geral. Este relatório refere estudos que revelaram que, nos Estados Unidos da América, 30 a 40% dos médicos não voltariam a escolher a sua profissão se o pudessem fazer, 40% não aconselhariam a sua profissão a um estudante do liceu e 58% dos médicos declararam que o seu entusiasmo pela profissão tinha caído nos últimos 5 anos. Quanto às causas desta insatisfação, os estudos referenciados evidenciaram que 75% dos médicos consideravam que o tipo de gestão dos cuidados de saúde em vigor afectava negativamente não só os serviços prestados à população, mas também o modo como praticavam medicina. A frustração das expectativas, os processos judiciais, a falta de tempo e os múltiplos papéis que os médicos têm de assumir para além dos estritamente clínicos foram outras causas importantes de insatisfação apontadas.

Já na parte da reflexão falou-se, neste "*special report*"⁴⁶, de uma certa insatisfação ser inerente à prática da medicina, fazer parte da sua natureza e ser até considerada necessária: uma das virtudes da medicina é a sua natureza auto-crítica e de insatisfação intrínseca que conduz à procura de melhoria, o que acarreta um significativo

xxxii Pontuação de 1 na classificação da qualidade de estudos observacionais proposta por Van Ham e colegas.

bem social. Nas soluções, alguns advogam a ênfase no profissionalismo e no seu mandato altruístico – as pessoas primeiro; outros defendem mais contacto com as pessoas, outros menos; outros ainda apostam na formação pré e pós-graduada em áreas como a gestão do risco, contenção de custos, gestão de pessoas, ...; outros aconselham a amalgamar a satisfação no trabalho com fontes não-profissionais de felicidade na família e amigos, no exercício físico, na espiritualidade...

D. Mechanic, nos Estados Unidos da América, assina um editorial sobre o futuro dos cuidados de saúde primários com o título "The Uncertain Future of Primary Medical Care" no *Annals of Internal Medicine*⁴⁷ em 2009 que poderia facilmente ser escrito sobre a situação portuguesa. Neste editorial, após citar os estudos de Barbara Starfield e colegas que estabelecem as vantagens de uma orientação robusta dos sistemas de saúde para os cuidados de saúde primários para se optimizarem os resultados em saúde para as populações⁴⁸, afirma que os próprios Estados Unidos da América necessitam de cuidados de saúde primários mais fortes para enfrentar os desafios das reformas do seu sistema de saúde com a expansão da cobertura populacional de saúde e a contenção de custos sem, no entanto, sacrificar a qualidade dos cuidados. A explicação do adjectivo incerto quando se referiu ao futuro é avançada com a evidência de vários estudos levados a cabo nos Estados Unidos da América que indicam que muitos médicos de família reportam frustração e insatisfação e que as carreiras dos cuidados de saúde primários são cada vez menos atractivas para os novos médicos. O autor do editorial cita vários estudos para evidenciar as causas desta situação e avançar soluções⁴⁷:

- negligência no controlo dos processos - advogando-se que os médicos têm de ser providos com o suporte técnico e trabalho de equipa com outros profissionais, que possibilite um maior

controlo sobre o trabalho e a prestação de cuidados de saúde de alta qualidade; para a melhoria destes processos, é considerada fundamental a existência de tecnologias de informação e comunicação adequadas à prestação e coordenação de cuidados, como os registos de saúde electrónicos ou uma estrutura tecnológica que possibilite a interoperacionabilidade da informação;

- pressão do tempo e ritmo de trabalho - mais devido a desorganização e descoordenação dos locais e processos de trabalho referidas no ponto anterior e o aumento da complexidade da prática, a combater com maior controlo do trabalho por parte dos médicos e mais e melhores tecnologias de informação e conhecimento;
- cultura organizacional deficiente - por ex. a adesão obrigatória e rígida a orientações técnicas de cuidados não havendo a necessária autonomia para decisões que tenham em linha de conta eventuais condições muito específicas de algumas pessoas; a solução passaria por uma adesão não rígida às orientações e a responsabilização junto dos pares pelas decisões fora do âmbito das orientações; outra expressão desta deficiente cultura organizacional é a obrigatoriedade de adopção de um único modo de organização dos cuidados, advogando-se que devem coexistir diferentes modelos de organização dos cuidados adaptando-se às características da população servida e dos recursos existentes;
- baixa sensação de controlo sobre as condições de trabalho por parte dos médicos – este autor refere que os médicos estão particularmente insatisfeitos com a intrusão dos gestores na sua autonomia clínica, com os sistemas de remuneração que colocam o seu vencimento dependente da imposição de constrangimentos às opções de tratamentos para a população

que servem e com vencimentos não ligados ao seu desempenho e desalinhados com as suas expectativas; a solução passaria pelo aumento da autonomia complementada pela responsabilização dos médicos em relação ao modo como os cuidados de saúde estão organizados e as opções terapêuticas que escolhem e sistemas de remuneração mais complexos, ligados ao desempenho e que incorporem as vertentes mais importantes da actividade dos médicos de família, como a prevenção.

Esta é uma agenda de mudança possível para a melhoria da satisfação no trabalho dos médicos de família.

2.2.2. Estudos nacionais

Em Portugal, não está integrada na cultura da generalidade das organizações de saúde a importância da avaliação de variáveis fundamentais na caracterização dos recursos humanos como a satisfação no trabalho, as intenções para deixar a profissão, a carreira ou o local de trabalho e, ainda com maior défice, dados sobre a saúde e segurança dos profissionais nas unidades de saúde.

Segue-se uma descrição das conclusões dos estudos nacionais mais importantes nesta área relativos a médicos de família.

Num estudo⁴⁹ transversal (2000^{xxxiii} com dados de 1994), utilizando um questionário (não são apresentados dados sobre a sua fiabilidade e validade mas foi baseado num questionário com muitas referências bibliográficas do Reino Unido) complementado com entrevistas telefónicas sobre as condições do exercício da clínica geral no Norte de Portugal e satisfação no trabalho e stresse profissional dos médicos de família nessa região (385 respostas), A. Hespanhol concluiu que 47% estavam insatisfeitos ou completamente insatisfeitos com o trabalho. Os três factores que os médicos de família referiram como associados a uma maior satisfação no trabalho eram intrínsecos à sua profissão e à relação médico-doente: procurar ouvir (87%), conhecer (84%) e ajudar (83%) nos problemas dos utentes. Por outro lado, os factores que conduziam a uma menor satisfação eram, todos eles, extrínsecos à natureza da profissão, nomeadamente o baixo vencimento (82%), a impossibilidade de usar técnicas evoluídas (82%), o pouco reconhecimento pela sua dedicação ao trabalho (60%), o modo como era gerida a sua unidade de saúde (57%), a monotonia do seu

xxxiii Pontuação de 4 na classificação da qualidade de estudos observacionais proposta por Van Ham .

trabalho (55%), as possibilidades que tinham para ajudar os utentes assim como as horas de trabalho realizadas (53%).

Ainda neste estudo, hierarquizando as áreas em termos de satisfação no trabalho, e começando pelo que desencadeia maior satisfação, encontrou-se: ouvir os problemas dos utentes, procurar conhecer os utentes e suas famílias, tentar ajudar os utentes e compreender os seus problemas, liberdade de prescrição, relações de trabalho com colegas, os conhecimentos técnico-profissionais próprios, a possibilidade de se integrar na comunidade, procurar que os utentes tomem as atitudes correctas em relação à sua própria saúde, o grau de responsabilidade que lhe é atribuída, liberdade de escolher o método de trabalho, capacidade de fazer diagnósticos correctos e completos, oportunidade para demonstrar as suas capacidades, satisfação global no trabalho, condições físicas do local de trabalho, horas de trabalho, possibilidades que tem para ajudar os utentes, grau de variedade (monotonia no trabalho), modo como é administrada a unidade de saúde onde o médico trabalha, reconhecimento pela sua dedicação ao trabalho, possibilidade de usar técnicas evoluídas e vencimento.

Ainda no mesmo estudo, quando se avaliou a satisfação global, os médicos que tinham 40 ou mais anos ou 10 ou mais anos de exercício da profissão estavam mais insatisfeitos assim como os que não exerciam funções de gestão (não existiam diferenças em relação ao sexo, exercício de funções de formador, regime de trabalho ou número médio de consultas semanais). Quando se avaliavam as várias dimensões da satisfação no trabalho, as mulheres apresentavam menor satisfação nas relações médico-utente e conhecimentos técnico-científicos mas estavam mais satisfeitas na área do vencimento do que os homens. Os médicos com 40 ou mais anos declararam-se mais insatisfeitos quanto aos seus conhecimentos técnico-científicos do que os mais jovens e os casados estavam menos

insatisfeitos com o vencimento do que os outros. Os médicos que trabalhavam em zonas rurais estavam menos satisfeitos em relação aos seus conhecimentos técnico-científicos; os que não trabalhavam em regime de exclusividade (e logo com um vencimento menor) estavam menos satisfeitos com o vencimento e os que tinham mais consultas semanais estavam menos satisfeitos com a carga horária e a liberdade de escolha do método de trabalho.

O mesmo autor, A. Hespanhol, publicou em 2008^{xxxiv} um estudo⁵⁰, utilizando a mesma metodologia que o estudo anterior, que analisava a evolução da satisfação no trabalho dos médicos de família entre 2001 e 2007 (os médicos variaram entre 7 e 13) do único centro de saúde em Portugal com um acordo de gestão de um orçamento global – o modelo que maior autonomia gestionária permite. Verificou-se que a satisfação, nas 21 áreas da satisfação consideradas, teve uma evolução muito positiva desde o início: em 2007 os médicos situavam-se nas três opções mais positivas da escala de cinco pontos utilizada em 81% das 21 áreas contra 19% em 2001.

Num estudo⁵¹ (1995^{xxxv}) que utilizou um questionário para medir a satisfação no trabalho numa amostra sistemática (um em cada quatro) dos médicos de família inscritos no respectivo colégio de especialidade em 1994, D. Vieira e colegas hierarquizaram as dimensões da satisfação no trabalho a partir da que desencadeava maior satisfação: ambiente humano, actualização/formação, estatuto profissional, condições físicas, autonomia, trabalho de equipa, carreira, responsabilização/participação, relação profissional/utente e vencimento. Os autores reportaram ainda que 34% dos médicos mudariam de carreira se tivessem essa hipótese.

^{xxxiv} Não se atribui pontuação da qualidade^{vanHam} porque não cumpre o número mínimo de casos.

^{xxxv} Pontuação de 0 na classificação da qualidade de estudos observacionais proposta por Van Ham e colegas.

Num estudo^{52,53,54} (2000xxxvi) levado a cabo em 1999, L. Graça enviou para todos os sócios da Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral da altura (cerca de 3000 médicos) um questionário sobre satisfação no trabalho nos centros de saúde, tendo obtido 276 respostas. Utilizou-se um questionário de auto-preenchimento baseado na teoria das discrepâncias - pergunta-se para cada área, qual a importância que os médicos de família questionados atribuem a essa área assim como a avaliação que em relação a ela efectuam e mede-se a discrepância entre as duas. É apresentado um dado sobre a fiabilidade (alfa de cronbach de 0,8) mas não são apresentados dados sobre outras vertentes da fiabilidade ou sobre a sua validade. As dimensões da satisfação no trabalho foram ordenados segundo a importância atribuída e segundo a avaliação da situação no momento percebida pelos médicos de família, como consta no quadro 2.1.

A relação médico de família-utente é cotada como a segunda mais importante dimensão da satisfação no trabalho e também como a que despertava, na altura, maior satisfação; já a realização pessoal e profissional e remuneração eram cotadas como a primeira e terceira mais importantes mas ocupavam a quinta e sétima posição na avaliação da satisfação no trabalho naquele momento.

xxxvi Pontuação de 3 na classificação da qualidade de estudos observacionais proposta por Van Ham e colegas.

Importância atribuída pelos médicos de família às dimensões da satisfação no trabalho (ordenados por ordem decrescente de importância)	Pontuação de satisfação no trabalho * dos médicos de família em relação às dimensões da satisfação no trabalho (ordenados a partir da dimensão que desperta mais satisfação)
Realização pessoal e no trabalho	Relação médico de família-utente
Relação médico de família-utente	Segurança no emprego
Remuneração	Status e prestígio
Condições de trabalho e saúde	Autonomia e poder
Autonomia e poder	Relações de trabalho e suporte social
Relações de trabalho e suporte social	Realização pessoal e no trabalho
Segurança no emprego	Remuneração
Status e prestígio	Condições de trabalho e saúde

* Pontuação de satisfação no trabalho - discrepância entre as expectativas e avaliação da situação

Quadro 2.1 – Importância atribuída pelos médicos de família às dimensões da satisfação no trabalho e pontuação de satisfação no trabalho no estudo de L. Graça (2000)

Este estudo revelou ainda que 55% dos médicos de família voltariam a escolher a medicina geral e familiar como a sua especialidade, 49% o Serviço Nacional de Saúde como principal empregador, 50% o centro de saúde como local de trabalho principal e apenas 32% o mesmo centro de saúde onde estavam a trabalhar. Os médicos que decididamente voltariam a escolher a medicina geral e familiar como especialidade, no caso de poderem voltar ao

princípio, obtiveram também pontuações médias de satisfação no trabalho superiores aos demais.

Outro estudo da autoria de J.Marques⁵⁵ (1997^{xxxvii}), utilizando o mesmo instrumento de medida do estudo anterior avaliou todos os profissionais (dos quais 42 médicos de família) a exercer em 1997 em Projectos Alfa - um modelo organizativo dos cuidados de saúde primários da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, cujos objectivos passavam por aumentar a satisfação de utentes e profissionais. O autor concluiu que os médicos de família estavam satisfeitos no trabalho (uma pontuação de 2,14 numa escala que ia de 0 – máxima satisfação a 6 – satisfação mínima) sendo que as dimensões da satisfação ordenadas a partir da cotada de um modo mais positivo para baixo eram: realização, autonomia, status, relacionamento, segurança e remuneração.

F. Hipólito *et al.* ⁵⁶(2002^{xxxviii}), com o objectivo de explorar as motivações dos médicos de família que aderiram e as dos que não aderiram ao Regime Remuneratório Experimental (ver secção 3), fizeram um estudo caso-controlo utilizando entrevistas estruturadas individuais; os projectos remuneratórios experimentais eram assumidos por equipas auto-organizadas baseadas numa grande autonomia funcional e num modelo remuneratório ligado ao desempenho; os casos deste estudo eram os coordenadores médicos dos projectos que aderiram ao regime; os controlos eram médicos, igualmente com funções de coordenação, do mesmo centro de saúde dos anteriores mas que tinham optado por não aderir; aos dois grupos foi solicitado que ordenassem, da mais importante para a menos importante, as razões que os levaram a tomar a sua decisão: aderir ou não aderir. Os

^{xxxvii} Pontuação de 2 na classificação da qualidade de estudos observacionais proposta por Van Ham e colegas

^{xxxviii} É um estudo qualitativo pelo que não se aplica a escala de classificação que foi utilizada nos outros estudos.

resultados foram analisados à luz da Teoria da Higiene-Motivação de Herzberg (Quadro 2.2).

Motivações dos médicos que aderiram ao Regime Remuneratório Experimental para terem tomado essa opção	Motivações dos médicos que não aderiram ao Regime Remuneratório Experimental para terem tomado essa opção
Realização profissional	Relações no trabalho
Autonomia profissional	Autonomia profissional
Condições de trabalho	Desempenho institucional
Desempenho institucional	Remuneração
Remuneração	Condições de trabalho
Relações no trabalho	Realização profissional
Acesso do utente ao profissional	Acesso do utente ao profissional
Prestígio profissional	Estatuto social
Estatuto social	Prestígio profissional

Quadro 2.2- Motivações para adesão ou não-adesão ao Regime Remuneratório Experimental, ordenadas da mais importante para a menos importante (estudo de F. Hipólito 2002)

Fonte: Hipólito F, Conceição C, Ramos V, Aguiar P, Lerberghe WV, Ferrinho P. Quem aderiu ao RRE e porquê? Rev Port Clin Geral 2002;18:89-96.

É interessante notar que a principal motivação para aderir ao Regime Remuneratório Experimental é a realização profissional seguida da autonomia profissional, ambos factores de satisfação na nomenclatura de Herzberg . No topo das motivações para a não-

adesão ao Regime está um factor de higiene, o receio de que o Regime Remuneratório Experimental levasse a uma deterioração de relações de trabalho. A autonomia surge na mesma posição nos dois grupos, realçando a sua importância para os médicos de família, embora um grupo considere que aderiu ao regime para ter mais autonomia e o outro não aderiu para manter o grau de autonomia que detinha na altura do estudo; este facto pode ser compreendido pensando em duas facetas da autonomia: uma maior autonomia pela possibilidade de poder organizar o seu trabalho dentro de equipas auto-organizadas no Regime Remuneratório Experimental ou a diminuição de autonomia pessoal por ter de ficar mais dependente da equipa num modelo como o do Regime Remuneratório Experimental. A realização profissional e as relações no trabalho ocupam posições de importância inversa num grupo e no outro – 1ª e 6ª posições. As relações no trabalho são o factor mais importante na decisão de não aderir ao Regime Remuneratório Experimental, deduzindo-se que estes médicos consideraram que aderir a este regime poderia colocar em causa as relações com os colegas que tinham no seu centro de saúde. Um bloco de três áreas - condições de trabalho, desempenho institucional e remuneração – ocupa a mesma situação intermédia na hierarquia das motivações, ainda que uma ordem diferente. A remuneração ocupa sensivelmente a mesma posição de importância nos dois grupos. O “estatuto social”, o “prestígio profissional” e o “acesso do utente ao profissional” foram classificados com igual grau de importância pelos dois grupos: o mais baixo de todos.

Um estudo⁵⁷ a nível nacional (2009) financiado pela Missão para os Cuidados de Saúde Primários envolveu todos os profissionais a exercer nas 143 unidades de saúde familiar (USF) constituídas até Novembro de 2008 (85,0% de taxa de resposta). No entanto, é um estudo que não apresenta dados sobre a fiabilidade e validade do

instrumento de medida, revela algumas discrepâncias entre o modo como apresenta as questões no questionário e como elas aparecem no relatório de resultados(ver secção...) e não é feita a distinção em termos de resultados dos vários grupos profissionais – médicos, enfermeiros e secretários clínicos. Destaca-se, no entanto, que um dos pontos avaliados negativamente pelo conjunto de todos os profissionais é a adequação entre o número de profissionais da unidade de saúde familiar e a quantidade de trabalho; pode ler-se, ainda, “a organização do espaço é, por outro lado, bem pontuada, ao contrário da segurança. Quando solicitados a avaliar a qualidade da USF na prestação dos cuidados, os profissionais estão mais satisfeitos em relação à sua capacidade em desempenhar as funções e à sua sensibilidade face aos problemas e preocupações dos utilizadores. No entanto, criticam, as condições das instalações e a capacidade da USF em ter informação e em controlar os custos⁵⁸.”

Em 2010 foi levado a cabo o estudo “O Momento Actual da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal 2009/2010 – Questionário aos Coordenadores das Unidades de Saúde Familiar⁵⁹” promovido pela USF-AN – Associação Nacional de Unidades de Saúde Familiar e da responsabilidade, em co-autoria, do autor desta tese. Este estudo foi levado a cabo entre Dezembro 2009 a Fevereiro 2010. Foi um estudo observacional, transversal, descritivo e analítico em que se questionaram os coordenadores de todas as USF-Unidades de Saúde Familiares em actividade em Janeiro de 2010 sobre uma série de parâmetros relacionados com a estrutura e desenvolvimento organizacional da Unidade de Saúde Familiar que coordenavam. Foram enviadas mensagens, via correio electrónico, a solicitar a participação no estudo a todos os 230 coordenadores de USF em actividade à data do início da recolha dos dados, tendo-se obtido 136 respostas, o que corresponde a uma taxa de resposta de 61,3% em relação aos coordenadores efectivamente contactados para

participar no estudo (222; em oito casos não foi possível fazer o contacto).

Com interesse mais directo para esta tese foi colocada a seguinte questão “D1 – Quais as áreas que um questionário sobre satisfação no trabalho numa USF deve contemplar? (Atribuía um valor entre 1 e 5 de acordo com a sua importância; 1 - menos importante a 5 - mais importante)” e apresentavam-se as áreas constantes do quadro 2.3.

Os coordenadores das USF classificaram todas as sete áreas apresentadas com uma importância média entre 4,1 e 4,6, ou seja, no pólo de maior importância com relativamente pequenas diferenças entre elas (ver quadro 2.3). De referir igualmente que as áreas da “recompensa pelo trabalho efectuado” e “condições para o exercício profissional” são as únicas em que nenhum coordenador atribuiu a pontuação mínima de 1. De notar ainda que a área “pressão e exigência no trabalho” é aquela em que há opiniões mais divergentes entre os coordenadores o que é expresso por um maior desvio-padrão e as duas áreas consideradas mais importantes “ambiente de trabalho” e “recompensa pelo trabalho efectuado” são as que apresentaram opiniões menos divergentes.

Estas sete áreas correspondem aos seis factores encontrados na análise factorial do questionário utilizado nesta tese (ver secção 6) com a diferença de que nos factores encontrados na análise factorial a área “Autonomia” surgiu agregada com a do “ambiente de trabalho” num mesmo factor.

	Média	Mediana	Máximo	Mínimo	Desvio Padrão
Ambiente de trabalho (inclui a qualidade das relações com colegas e chefias)	4,6	5,0	5	1	0,7
Recompensa pelo trabalho efectuado (inclui a adequação do salário, possibilidades de promoção e satisfação com o posto que ocupa)	4,5	5,0	5	2	0,7
Interesse do trabalho (inclui variedade, oportunidade de aprender coisas novas, interesse pelo que se faz, reconhecimento pelo trabalho feito)	4,4	5,0	5	1	0,8
Condições para o exercício profissional (inclui condições físicas e organizacionais e acesso aos recursos necessários para o trabalho)	4,3	5,0	5	2	0,8
Autonomia (inclui autonomia para organizar o próprio trabalho)	4,3	4,0	5	1	0,8
Pressão e exigência no trabalho (inclui cansaço, influência no ânimo, pressão do tempo, interferência com a vida pessoal e familiar)	4,2	5,0	5	1	1,0
Adequação dos trabalhadores para o trabalho que têm a realizar (inclui saber o que se espera do trabalho e convicção de estar capacitado para o trabalho)	4,1	4,0	5	1	0,8

Quadro 2.3 - Áreas que um questionário sobre satisfação no trabalho numa USF deve contemplar na óptica dos Coordenadores das USF

Neste estudo, foram ainda mencionadas como outras áreas a incluir eventualmente num questionário sobre satisfação no trabalho numa USF:

- Apoio e disponibilidade da tutela;
- Segurança/violência no local de trabalho;
- Relações hierárquicas, mas distinguindo os vários graus de hierarquia;
- Responsabilidade pessoal transmitida e sentida;
- Valorizações pessoais e colectivas sentidas no contexto da equipa;
- Equidade de tratamento pelo reforço positivo e/ou negativo (prémio/penalização).

Todas estas áreas foram apenas referidas uma única vez e considera-se que são facetas das áreas apresentadas e não novas áreas.

No mesmo estudo colocou-se a seguinte questão “D2 – Na sua USF foi levada a cabo alguma avaliação da satisfação dos profissionais para além da que foi promovida pela Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP)?” para os anos de 2008 e 2009, e solicitava-se que respondesse sim ou não. Os resultados são os do quadro 2.4.

Em 2009 (Na sua USF foi levada a cabo alguma avaliação da satisfação dos profissionais para além da que foi promovida pela MCSP?)	Sim	44,0%
	Não	56,0%
Em 2008 (Na sua USF foi levada a cabo alguma avaliação da satisfação dos profissionais para além da que foi promovida pela MCSP?)	Sim	57,3%
	Não	42,7%

Quadro2.4 – Percentagem de USF que, em 2008 e 2009, levaram a cabo uma avaliação da satisfação no trabalho dos seus profissionais.

A optimização da satisfação no trabalho dos profissionais é um objectivo expresso da reforma dos cuidados de saúde primários de 2005 (ver secção 3) e é relevante saber que, em 2008, 57,3% das unidades de saúde familiar levaram a cabo pelo menos uma avaliação da satisfação no trabalho dos profissionais, percentagem esta que caiu para 44% em 2009. Contudo, 2009 foi o ano em que se procedeu a avaliações da satisfação no trabalho dos profissionais a nível de todas as unidades de saúde familiar por parte da Missão para os Cuidados de Saúde Primários, como referido acima. Estes dados transmitem a ideia de que a área da avaliação da satisfação no trabalho dos profissionais começa a ser valorizada e está a entrar na cultura das unidades de saúde familiar.

Podemos concluir que a área da satisfação no trabalho nos médicos de família já não é um tema virgem em Portugal como dizia S. Lucas num artigo de 1984⁶⁰. Sucedem-se os estudos e desenvolvem-se políticas para tratar a questão da satisfação no trabalho dos médicos de família. Como grandes conclusões:

- existem vários instrumentos de medida da satisfação no trabalho mas nenhum apresenta avaliações da sua fiabilidade ou validade para os médicos de família portugueses;
- as áreas consideradas nos vários estudos de satisfação realizados em Portugal são a relação médico de família-utente, a realização pessoal e no trabalho, a autonomia para organizar o trabalho, as relações interpessoais no trabalho, a adequação para o trabalho que se tem de realizar, a actualização/formação, o interesse do trabalho, as condições de trabalho e saúde, a recompensa pelo trabalho efectuado, a segurança no emprego, o trabalho de equipa e a possibilidade de se integrar na comunidade;
- os resultados parecem apontar para uma relativa satisfação no trabalho dos médicos de família portugueses mas que varia

conforme as áreas estudadas – maior satisfação nas áreas mais directamente relacionadas com a profissão (como a relação médico-utente) e com as relações no trabalho e menor satisfação com os aspectos contextuais à prática;

- começa a entrar na cultura das unidades de cuidados de saúde primários portuguesas a importância da satisfação no trabalho e a prática da sua monitorização.

2.2.3. Síntese das revisões da bibliografia nacional e internacional sobre satisfação no trabalho

É útil agora fazer uma síntese que traga para uma mesma lista todas as variáveis associadas à satisfação no trabalho dos médicos de família e em outros sectores de actividade nos estudos referidos na revisão da bibliografia nacional e internacional efectuada nesta tese. Começando pelas variáveis associadas à satisfação no trabalho dos médicos de família, temos que aumentam a satisfação no trabalho^{xxxix}:

- nas características mais ligadas à natureza da profissão
 - o aumento da variedade do trabalho^{24,30,31,49};
 - o aumento do interesse do trabalho³²;
 - uma melhor adequação para o trabalho que tem de ser feito³⁰;
 - menores dificuldades ou exigências do trabalho,³¹;
 - uma menor complexidade dos cuidados a prestar³⁵;
 - participar na formação de estudantes de medicina²⁴;
- nas relações interpessoais no trabalho

^{xxxix} Como algumas têm cabimento em mais do que um dos quatro grupos categoriais considerados por serem dimensões-fronteira entre os vários grupos, optou-se por colocar as variáveis em todos os grupos em que tinham cabimento.

- o melhores relações e contacto com colegas no trabalho (a qualidade da relação, o apoio que prestam, a amizade que expressam)^{24,30,31,44,52,53,54};
 - o melhores relações com superiores hierárquicos e gestores^{30,52,53,54};
 - o melhores relações com as pessoas que consultam os médicos^{37,44,49,52,53,54};
- nas características mais ligadas ao contexto organizacional do exercício da profissão
 - o mais independência, autonomia ou controlo dos médicos da organização do próprio trabalho e liberdade de escolha dos métodos de trabalho^{30,31,35,33,38,39,49,52,53,54,44};
 - o maior latitude de responsabilidade, dada ou assumida^{31,32,33,49,52,53,54};
 - o melhor gestão da organização (com mais reconhecimento e valorização do trabalho dos MF, melhores políticas de benefícios, de salários, de recursos humanos)^{31,44,49};
 - o maior compatibilidade entre os objectivos dos MF e os da organização⁴⁴;
 - o cultura organizacional mais adequada (mais forte sentimento de confiança e pertença, um maior alinhamento entre a liderança e os valores do médico, uma maior aposta na qualidade dos cuidados, uma maior ênfase na disponibilização de informação e conhecimento e uma maior coesão)^{38,39};
 - o ambientes menos caóticos em termos de organização do trabalho^{38,39}
 - o melhores condições físicas de trabalho (por ex. local do trabalho, equipamentos, aspectos ergonómicos)^{31,49,52,53,54,33};

- melhores condições não físicas de trabalho (por ex. horário, períodos de descanso,) ^{31,44,52,53,54},
 - mais fácil acesso, por parte dos médicos, a serviços de apoio à sua prática de alta qualidade (como fisioterapia, cuidados domiciliários, aconselhamento nutricional) ³⁵;
 - mais oportunidades para fazer uso das suas competências ^{31,49},
 - mais oportunidade para utilizar técnicas evoluídas ⁴⁹;
 - mais reconhecimento do seu bom trabalho ^{24,49} ;
 - melhores vencimentos e sistemas remuneratórios (os quantitativos, o modo como são calculados) ^{33,35,24,49,52,53,54,44},
 - mais segurança no emprego ^{52,53,54};
 - menores dificuldades ou exigências do trabalho ³¹,
 - menor carga administrativa ou burocrática do trabalho ²⁴
 - menor carga de trabalho (horas de trabalho) ^{24,30,33,49};
 - menor pressão do tempo ^{24,30,38,39};
 - mais descontração no trabalho ^{30,44};
 - menos interrupções ³¹
 - mais e melhor educação médica contínua ⁴⁵;
 - mais oportunidades de actualização profissional ⁴⁵.
- nas características mais ligadas ao contexto familiar e social do exercício da profissão:
 - maior reconhecimento do seu bom trabalho ^{24,49} ;
 - melhor estatuto social ^{52,53,54}
 - menos conflitos na interface trabalho - família - vida social ³⁰;
 - expectativas mais adequadas das pessoas que consultam os médicos ³¹;

Também foram estudadas outras variáveis mais individuais do trabalhador e da sua relação com o trabalho e com a organização:

- a idade (varia com os diferentes estudos; mais velhos mais satisfeitos em termos gerais, no vencimento e responsabilidade dada)^{33,34};
- o sexo (mulheres mais satisfeitas em termos globais, no vencimento e oportunidade para usar as suas competências^{31,33}; noutros não havia diferenças)^{34,49};
- as competências para a função⁴⁹;
- uma melhor adequação para o trabalho que têm de fazer (pode incluir competências mas também aptidões³⁰;
- a capacidade para fazer face a múltiplas exigências³²;
- o stresse (e o burnout)^{32,45};
- a realização profissional^{52,53,54}.

Outras variáveis para as quais não se encontraram estudos com médicos de família mas que foram associadas à satisfação no trabalho em outros sectores de actividade organização foram^{3,7,23}:

- a progressão na carreira,
- as perspectivas de promoção,
- os benefícios (como seguros de saúde, férias, pensões, utilização pessoal de viatura de serviço, de computador, de telefone, etc),
- comodidades no local de trabalho (como serviços de correio, bancários, limpeza de roupa, etc),
- os subordinados,
- a estabilidade do emprego,
- as possibilidades de êxito,
- a autoridade,
- a satisfação intrínseca geral,
- as aptidões pessoais,
- a instrução,
- a experiência,
- o desempenho pessoal,

- as características genéticas (como uma predisposição genética para se estar satisfeito ou insatisfeito com o trabalho, identificada com base em estudos com gémeos),
- o locus de controlo (crenças sobre as próprias capacidades de controlo e influência),
- a afectividade negativa (tendência de manifestação de emoções negativas),
- o bem-estar físico (as doenças cardíacas em particular),
- o bem-estar psicológico,
- a satisfação com a vida em geral,
- a adesão a sindicatos por parte dos trabalhadores,
- o absentismo,
- a pontualidade,
- o turnover,
- a implicação organizacional, e
- o comportamento de cidadania organizacional.

Uma área fundamental para a relevância da análise da satisfação no trabalho é a sua associação com a qualidade dos cuidados de saúde que são prestados às pessoas que os procuram. No sector da saúde têm sido consideradas, como já se disse, seis grandes dimensões da qualidade - acesso aos serviços, segurança, efectividade dos cuidados de saúde, carácter apropriado dos cuidados, aceitabilidade dos cuidados e eficiência dos serviços¹⁵ (ver secção 2.1.2.2) – e a investigação tem demonstrado a existência de associações da satisfação no trabalho dos MF diferenciadas conforme as várias dimensões ainda que nenhum estudo tenha explorado a dimensão da eficiência. A dimensão do acesso aos cuidados de saúde, afectada pelo número de MF disponíveis, foi das mais investigadas. Os estudos que incluíram médicos de família demonstraram que quanto maior era a satisfação no trabalho (num estudo, a ST em termos globais e nos seus diferentes factores³³ e, num

outro estudo, apenas a satisfação com a remuneração, com as relações com as comunidades em que prestavam serviço e com as relações com os membros não-médicos das equipas dos centros em que trabalhavam)⁴¹ menos forte era a intenção de deixar a organização onde trabalhavam. Noutro estudo, quanto maior era a ST, menor era a intenção de trocar o sector público pelo privado⁴³,. A disponibilidade de MF, e logo o acesso, também é influenciada pela morte ou doença dos MF. Um estudo sobre mortalidade da classe médica no Reino Unido³¹ evidenciava que os médicos (de todas as especialidades) tinham um risco aumentado de morrer por suicídio, cirrose e acidentes (três causas frequentemente ligadas ao stresse), para além de duas a sete vezes mais dependência de álcool que a população em geral. Os médicos os médicos de família entre os 40 e os 60 anos tinham ainda o dobro da mortalidade por enfarte de miocárdio em comparação com o resto da população. Por outro lado, mais satisfação no trabalho dos MF está associado a menos stresse e menos *burnout*^{31,32,45}.

Em outras duas dimensões da qualidade em saúde - segurança e efectividade dos cuidados de saúde - não se demonstrou nenhuma associação entre a satisfação no trabalho dos MF e os erros médicos ou os benefícios dos cuidados de saúde para as pessoas que os procuram, apesar de algumas condições para o exercício estarem associadas com estas duas variáveis^{38,39} (por ex. a qualidade dos cuidados era menor quando havia maior pressão do tempo na consulta e menor percepção de controlo do trabalho por parte dos médicos). No entanto, no que se refere a outras duas dimensões – o carácter apropriado dos cuidados e a aceitabilidade dos cuidados - apesar das competências técnicas também não estarem associadas à satisfação no trabalho³¹, os doentes de médicos com níveis mais altos de satisfação no trabalho tinham maior confiança nos seus médicos, mudavam menos de médico e avaliavam melhor os

cuidados médicos⁴⁰. Não foi encontrado nenhum estudo a investigar a relação da ST com a eficiência dos cuidados.

Com base nestes resultados, vários autores avançam, na procura de soluções, uma série de explicações e de estratégias de melhoria.

Quanto à falta de associação entre ST e segurança e efectividade dos cuidados de saúde advogam que os médicos podem actuar como um factor-tampão em relação às más condições de trabalho e à insatisfação no trabalho que os afectam de um modo relevante mas que não deixam, no entanto, que isso perturbe significativamente os cuidados que prestam. Mas dada a forte associação entre a insatisfação e a intenção de sair da organização, a perturbação da qualidade dos cuidados seria sentida através da falta de médicos para trabalhar na organização. Outro autor refere-se, ainda, à possibilidade de uma certa insatisfação ser inerente à prática da medicina, fazer parte da sua natureza e até ser necessária – diz esse autor que uma das virtudes da medicina é a sua natureza auto-crítica e de insatisfação intrínseca que conduz à procura de melhoria, o que acarreta um significativo bem social⁴⁶.

Em termos gerais, estes autores referem que é defensável dizer que as organizações que prestam cuidados de saúde primários podem tornar-se mais satisfatórias como locais de trabalho para os médicos se:

- mais do que procurar altos níveis de satisfação no trabalho, se focasse a atenção nos aspectos que mais insatisfazem os médicos de família⁴¹;
- se implementassem estratégias que visassem a melhoria das relações sociais dentro da organização⁴⁴;
- se promovesse uma cultura de qualidade em vez de quantidade,^{37,38,39};
- se diminuísse a carga burocrática dos médicos de família³³;

- se aumentasse o vencimento ³³e melhorasse o modo de remunerar (evitando sistemas de remuneração que colocam o vencimento dos MF dependente da imposição de constrangimentos às opções de tratamentos para a população que servem, não ligados ao seu desempenho e desalinhados com as suas expectativas; propõem-se sistemas de remuneração mais complexos, ligados ao desempenho e que incorporem as vertentes mais importantes da actividade dos médicos de família, como a prevenção)⁴⁷;
- se diminuísse as horas de trabalho³³;
- se diminuísse pressão do tempo e ritmo de trabalho (que existe mais devido a desorganização e descoordenação dos locais e processos de trabalho e ao aumento da complexidade da prática, a combater com maior controlo do trabalho por parte dos médicos e mais e melhores tecnologias de informação e conhecimento)⁴⁷;
- se aumentasse o controlo sobre as condições de trabalho por parte dos médicos ^{38,39}(refere-se que os médicos estão particularmente insatisfeitos com a intrusão dos gestores na sua autonomia clínica, dizendo-se que a solução passaria pelo aumento da autonomia complementada pela responsabilização dos médicos em relação ao modo como os cuidados de saúde estão organizados e as opções terapêuticas que escolhem)⁴⁷,
- se aumentasse a qualidade organizacional ^{38,39}(com melhor suporte técnico e trabalho de equipa com outros profissionais⁴⁷ o que conduziria a uma menor pressão do tempo; com uma adesão não rígida às orientações, aumentando a autonomia dos MF e a responsabilização junto dos pares pelas decisões fora do âmbito das orientações⁴⁷; com a possibilidade de adopção de diferentes modelos de organização dos cuidados

adaptando-se às características da população servida e dos recursos existentes⁴⁷),

- se colocasse o foco na disponibilização de informação e conhecimento aos MF^{38,39} (é considerada fundamental a existência de tecnologias de informação e comunicação adequadas à prestação e coordenação de cuidados, como os registos de saúde electrónicos ou uma estrutura tecnológica que possibilite a interoperacionabilidade da informação⁴⁷; esta medida apoiaria, ainda, na gestão da complexidade crescente da prática⁴⁷),
- se prestasse mais atenção, na formação, ao desenvolvimento de competências sociais e gestionárias - gestão do tempo, de pessoas e de organização do trabalho - o que levaria secundariamente também a menos conflitos família/trabalho³¹;
- se implementassem mais serviços de suporte aos médicos de família no sentido de preservar e melhorar a sua saúde mental e física³¹.

2.3. Impacto dos incentivos no desempenho dos médicos de família

D. Mechanic⁴⁷ diz, no seu editorial *no Annals of Internal Medicine* (2009), acreditar que muito do futuro dos cuidados de saúde primários depende das políticas de remuneração e incentivos a implementar para desenvolver enquadramento para os esforços das equipas e responsabilização profissional. O desafio, lança, é organizar os cuidados às pessoas num sistema integrado que sirva os interesses de cidadãos e profissionais, aumente a qualidade e mantenha os custos em limites racionais.

R. Lourenço, em 1989, sintetiza uma série de artigos na Revista Portuguesa de Clínica Geral⁶¹ com uma revisão sobre incentivos especificamente para os médicos de família portugueses, avançando com a proposta de um novo sistema remuneratório que sustentasse “uma verdadeira política dos cuidados de saúde primários” e estivesse alinhado com a prática dos médicos de família, propondo uma base fixa e uma componente variável com capitação ponderada por tipos de utente, pagamento de actividades de promoção da saúde e prevenção da doença, pagamento até um número limitado de domicílios, um pagamento segundo um perfil de desempenho acordado com as organizações técnico-profissionais (a remunerar numa base semestral) e pagamento em separado de serviços de urgência. O objectivo era a promoção de uma política de cuidados de saúde primários “incentivando à prestação de cuidados antecipatórios de promoção da saúde, aumentando a eficácia e a qualidade dos serviços”. Estes princípios tiveram eco num documento da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral - “Um futuro para a Medicina de Família em Portugal (Livro Azul - 1990)⁶² - que esteve na base da reforma dos cuidados de saúde primários de 2005 (ver secção 3). Esta reforma levou à generalização de um sistema de incentivos remuneratórios em consonância com os princípios supra e a uma série de outras medidas fora do pacote remuneratório como o aumento da autonomia organizacional, a possibilidade de escolha da equipa de trabalho, a melhoria das instalações e dos equipamentos, entre outras (ver secção 3). Este conjunto de medidas destinava-se a incentivar a melhoria do desempenho, da qualidade dos cuidados e da satisfação no trabalho – objectivos expressos da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários de 2005. É útil, neste momento, enquadrar o que se sabe sobre incentivos no sector da saúde.

Do ponto de vista da organização, o nível de satisfação no trabalho dos prestadores de cuidados de saúde é considerado uma

característica de estrutura dos serviços de saúde por ser um elemento importante da qualidade assistencial. Contudo, é também um resultado do subsistema de gestão da organização e dado o efeito que a satisfação no trabalho tem sobre toda a actividade da organização (medida, por ex, pela sua qualidade^{xl}), os responsáveis pela gestão têm de colocar como prioridade assegurar que a força de trabalho esteja motivada e satisfeita no trabalho de modo a que a organização possa atingir os seus objectivos fazendo alinhar objectivos organizacionais e individuais.

Todas as organizações têm os seus sistemas de recompensas relacionados com aquilo que é valorizado; as recompensas favorecem os trabalhadores que se comportam de forma consistente com os objectivos e valores da organização e são desenhados para atrair os melhores trabalhadores, a retê-los na organização, motivá-los, desenvolvê-los e a satisfazer todas as partes interessadas. Estes sistemas de recompensas utilizam uma variedade de incentivos^{xli}. O interesse pelo impacto dos incentivos nos prestadores e na qualidade dos cuidados tem crescido devido à grande variação na prestação de serviços (inexplicável pelas variáveis clínicas), à constatação de que tratamentos, quer preventivos, crónicos ou agudos, reconhecidamente efectivos não eram utilizados e à crescente convicção de que remunerar a qualidade é um modo de criar valor para o sistema e uma proposição ganha-ganha (*win-win*), podendo reduzir custos e simultaneamente aumentar a satisfação de empregadores, cidadãos e profissionais⁶³.

^{xl} Qualidade aqui é definida como o grau em que os serviços de saúde para os indivíduos e populações aumentam a possibilidade de que resultados/ganhos (outcomes) em saúde desejáveis sejam alcançados e são consistentes com o conhecimento profissional actual [Christianson J. (Christianson J, Leatherman S, Sutherland K. Financial incentives, healthcare providers and quality improvements - a review of the evidence. London: The Health Foundation 2007) citando Lohr and Schroeder (1990)].

^{xli} Um incentivo é uma intervenção que tem como objectivo uma mudança específica de comportamento.

J. Christianson et al ⁶³consideram que a investigação do impacto dos incentivos nomeadamente na qualidade dos cuidados tem de ultrapassar uma série de desafios para poder ser útil para os vários níveis de decisão:

- os estudos observacionais parecem ser melhores que os experimentais porque reflectem melhor aquilo que se passa no mundo real em que as situações “puras” dos estudos experimentais raramente acontecem; sistemas mistos mais complicados ou com nuances são a norma; no entanto, nos estudos observacionais é mais difícil identificar o verdadeiro impacto de um dado incentivo independentemente do de outros factores;
- os resultados desejáveis de ganhos em saúde dificilmente são alcançáveis com recurso a incentivos financeiros apenas, obrigando a uma estratégia mais global;
- é necessário alocar também recursos para as actividades de monitorização do desempenho para se poder avaliar o verdadeiro impacto das intervenções;
- o impacto dos incentivos depende ainda das características do recipiente, das suas preferências, da sua cultura, e, igualmente, do contexto onde os prestadores exercem (solo ou de grupo, incentivos recebidos directamente pelos prestadores ou pelo sistema de gestão da organização em que operam etc.), tornando todo o processo de análise mais complexo.

Fazendo uma tipologia dos incentivos, temos dois grandes grupos:

- dentro do pacote remuneratório;
- fora do pacote remuneratório^{xlii}.

^{xlii} Remuneração é o conjunto de retribuições recebidas habitualmente pelo empregado pela prestação de serviços, seja em dinheiro ou em utilidade (como alimentação, moradia, vestuário, etc), provenientes do empregador ou de terceiros, mas decorrentes do contrato de trabalho,

Os incentivos dentro do pacote remuneratório compreendem os financeiros e os não-financeiros. Os financeiros dividem-se em:

- vencimento;
- outros benefícios financeiros directos – pensões por doença ou acidente, seguros de saúde ou de vida, subsídios para roupa, acomodação, transportes;
- benefícios financeiros indirectos – creches e escolas ou subsídios às empresas que providenciam alimentação, roupa, acomodação, transporte, creches, educação⁶⁴.

Os incentivos dentro do pacote remuneratório não-financeiros podem-se traduzir por férias/folgas, horários flexíveis, acesso e apoio na formação, licenças de estudo/sabáticas, pausas planeadas na carreira, saúde ocupacional/aconselhamento ocupacional, estruturas recreativas, entre outros⁶⁴.

Incentivos não ligados aos aspectos remuneratórios podem corresponder, de um ponto de vista mais meso/macro, ao tipo de governação do sistema, ao financiamento do sector de actividade, à implementação de mecanismos de controlo e regulação da actividade ou, de um ponto de vista mais micro, à autonomia (direito de decisão) e/ou da responsabilidade (financeira ou não) do trabalhador, à quantidade e qualidade da informação (incluindo a informação sobre o próprio desempenho do trabalhador), à qualidade organizacional, ao direccionamento de investimento para a área de actividade do trabalhador ou até à gestão do desempenho e à supervisão do trabalhador. Este último aspecto merece um comentário. A supervisão pode ser considerada um incentivo, dado que, para além de poder melhorar o desempenho, pode levar ao desenvolvimento profissional e à melhoria da satisfação no trabalho. Os mecanismos de supervisão, melhores ou piores, existem em todo o lado e quando existe descentralização, o papel

dos supervisores (muitas vezes atribuído às chefias intermédias) é valorizado. A maior parte dos decisores políticos reconhece que a supervisão de suporte tem valor, mas é importante salientar que, para ser determinante no aumento de satisfação, a supervisão tem que ser de qualidade⁶⁵.

Revendo, agora, os incentivos financeiros, T. Gosden contrapõe a posição de alguns economistas que assumem que os sistemas de pagamento têm impacto no comportamento dos médicos, à posição de outros autores que argumentam que um código de ética robusto pode diluir esse impacto em relação a intervenções ineficazes, demasiado onerosas ou dúbias. O que parece transparecer do que se sabe é que a complexidade da problemática e o impacto dos sistemas de pagamento dependem de factores clínicos, demográficos e organizacionais⁶⁶.

Pode-se considerar que existem três tipos principais de pagamento aos médicos dos cuidados de saúde primários (e mais um tipo que é derivado de um dos três principais)⁶⁶:

- capitação – o médico recebe pagamento pelo número de pessoas que se registam na sua lista e que cobre parte ou todos os serviços prestados a essas pessoas;
- salário – o médico recebe um valor fixo, a maioria das vezes numa base mensal, por um número específico de horas por ano;
- pagamentos à peça – o médico recebe um determinado valor por cada item ou unidade de cuidados que presta (como por ex. vacinação, consulta, receita);
- pagamento por objectivos (por desempenho) – é uma forma de pagamento à peça em que o médico recebe um determinado valor apenas se consegue atingir uma dada meta num dado serviço (este tipo de pagamento foi introduzido apenas em 1990).

Os pagamentos por orçamento (*budget* - em que os médicos de família recebem um valor para financiar serviços para as pessoas que se registam nas suas unidades, como referências hospitalares ou receituário) não são considerados formas de pagamento por não fazerem parte da remuneração individual de cada médico, embora possam deles beneficiar indirectamente.

Todos os tipos de pagamento transportam potenciais incentivos e apresentam vantagens e problemas.

A capitação transforma os prestadores em seguradores e um dos efeitos é motivar os prestadores para controlarem custos e prestarem cuidados custo-efectivos de modo a maximizar a diferença entre o que se ganha e o que se gasta. Para tal, os prestadores são levados a inovar em tecnologias que reduzam os custos, à utilização de alternativas terapêuticas menos caras e à aposta na prevenção. Este esquema também torna os custos mais predizíveis e controláveis pelas administrações de saúde. Contudo, é necessário um nível administrativo capaz de fazer face às exigências de um sistema baseado em capitação. Tem ainda perigos: pode levar a que sejam seleccionadas aquelas pessoas que têm menos problemas de saúde ou menos risco de os vir a ter (a menos que se ajuste a capitação ao risco) ou, ainda, a referenciar mais para outros serviços, para reduzir a quantidade de trabalho (uma solução é incluir cláusulas que impliquem risco financeiro no caso de referências inapropriadas); a diminuição da acessibilidade ou da qualidade dos cuidados podem ser outras estratégias para aumentar os lucros (no entanto, se existir um contexto de competição, esta estratégia pode ser contraproducente uma vez que a escolha dos consumidores encoraja a qualidade). Uma outra estratégia, esta positiva, é disponibilizar mais serviços preventivos de modo a que o nível de saúde da população inscrita seja maior e logo as suas necessidades de saúde sejam menores e utilizem menos os serviços^{66,67}. Os perigos são maiores se não existe

uma partilha dos riscos ou extras, se o contrato é de curta duração e se a renovação do contrato não depende de outras variáveis que não os custos⁶³.

O salário pode levar a que o médico minimize os seus custos pessoais tentando diminuir o número de consultas efectuadas ao seleccionar os doentes com menos risco (uma solução é proibir essa selecção) ou referenciar mais para outros serviços ou diminuindo a acessibilidade. Neste modelo não há incentivo para trabalhar mais horas, atrair mais pessoas para os cuidados ou ser mais sensível às necessidades das populações⁶⁶.

O pagamento à peça pode induzir ao aumento da quantidade de cuidados para aumentar o montante ganho, quer atraindo mais pessoas, trabalhando mais horas ou induzindo mais procura do que aquela que é necessária. Os pagamentos à peça aumentam a produtividade mas rapidamente levam a uma escalada nos custos. Estes podem tentar limitar-se estabelecendo tectos máximos ou implementando os co-pagamentos pelos consumidores (mas isto nem sempre funciona). Os custos de administração são também altos e implica sistemas de informação efectivos e capacidade para proceder a auditorias^{66,67}.

O pagamento por objectivos (por desempenho) leva a que se possa concentrar os cuidados nos que sejam associados a esses objectivos ou, apercebendo-se de que não se poderá atingir dado objectivo, desinvestir completamente nessa área de cuidados⁶⁶.

Alguns autores⁶³ sugerem ainda que pagar por objectivos pode diminuir a satisfação intrínseca do exercício da profissão derivada do desejo de ajuda ou do dever de profissionalismo ao trivializar as motivações não-financeiras. No entanto não há acordo sobre o potencial significado deste efeito. O principal problema do

pagamento por desempenho parece residir nas estratégias de implementação destes sistemas. Os obstáculos mais frequentes são:

- o problema dos pequenos números – os médicos individualmente podem não ter, por ex, diabéticos em número suficiente para se poder medir o desempenho de um modo fiável; um modo de ultrapassar isto é colocar os incentivos ao nível de um grupo de médicos e não de um médico individual (deste modo, também, o desempenho de cada profissional passa a ser assunto de uma política de grupo);
- as discrepâncias de equidade entre os pacientes que têm situações de saúde que são abarcadas pelos indicadores e os que as não têm;
- a desmotivação para inovar em áreas não cobertas pelos indicadores;
- as assimetrias nas listas dos vários prestadores, em que uns podem ter mais casos de maior severidade por terem desenvolvido uma maior perícia nesses casos e, assim, poderem ser prejudicados no desempenho porque os casos são de mais problemático controlo e, portanto, ser mais difícil atingir as metas;
- o aumento dos custos para o sistema se muitos dos prestadores conseguirem atingir as metas;
- a dificuldade em estabelecer o valor correcto para motivar e ser justo e pelos ganhos em saúde que se podem alcançar e simultaneamente garantir a sustentabilidade do sistema.

Com o objectivo de rever o impacto de sistemas de pagamento no comportamento dos médicos dos cuidados de saúde primários T. Gosden e colegas efectuaram uma revisão sistemática (2001)⁶⁶ dos artigos publicados entre 1966 e 1997 que fossem ensaios randomizados, estudos controlados antes e depois, séries temporais que comparassem capitação, salário, pagamento à peça ou por

objectivos (mistos ou separados). Definiram sistema de pagamento como aquele em que o médico individualmente recebe uma remuneração que directamente afecta os seus ganhos/proveitos (income) pessoais disponíveis. Dos 5381 artigos encontrados seleccionaram 6. Em resumo, as conclusões foram as seguintes:

- há evidência de que o sistema de pagamento afecta o comportamento dos médicos dos cuidados de saúde primários;
- o pagamento à peça resulta em mais consultas (quer face-a-face quer telefónicas) e mais serviços curativos e diagnósticos do que nos esquemas de capitação ou de salário;
- quanto às referências hospitalares, os resultados eram mistos: num dos estudos havia mais referências hospitalares nos esquemas de capitação do que nos de pagamento à peça e em outro passava-se o contrário e num outro era o mesmo;
- o número de consultas nos serviços de urgência hospitalares era o mesmo nos esquemas de pagamento à peça ou capitação;
- o número de hospitalizações era menor nos esquemas de capitação (que tinham incentivos para baixarem este número) num estudo e em outro não havia diferenças entre os médicos remunerados por capitação e os pagos à peça;
- a despesa com os cuidados de saúde era maior nos esquemas de capitação;
- os médicos respondem mais à introdução de pagamentos à peça em contextos de incerteza profissional;
- as consultas nos serviços de urgência hospitalares eram mais nos médicos assalariados do que nos pagos à peça;
- a satisfação dos cidadãos era a mesma quando se comparava salário e pagamento à peça;
- o pagamento por objectivos (por ex. na área da imunização) resultava em melhorias mas não estatisticamente significativas

(talvez por falta de poder dos estudos); não foi estudado se estas alterações eram benéficas ou não para a população;

- uma limitação destes estudos é que todos se basearam em médicos voluntários;
- a evidência não é suficientemente robusta para se poder aplicar a todos os contextos.

J. Christianson e colegas ⁶³(2007) conduziram outra revisão focando os incentivos financeiros e a qualidade dos cuidados. A revisão incluiu o período entre Janeiro 1988 e Junho de 2007, tendo-se concluído que para os incentivos directamente direccionados para a melhoria da qualidade:

- a evidência sobre o efeito de recompensar a melhoria da qualidade dos cuidados é mista, os efeitos significativos são poucos, sendo difícil isolar o efeito dos incentivos de outras intervenções;
- os cuidados preventivos (imunização contra a gripe, imunização nas crianças, rastreio do cancro do colo do útero, vigilância em saúde infantil, cessação tabágica por ex.) têm sido objecto de mais investigação, mas a evidência de que os incentivos melhoram os serviços preventivos é limitada; os poucos estudos com a robustez necessária encontraram apenas pequenos ou nenhuns efeitos na melhoria desses cuidados; alguns dos autores consideram que o problema pode estar no valor dos incentivos, demasiado baixo segundo eles para produzir efeito, ou na forma de comunicar a intervenção aos prestadores;
- também foram encontrados estudos dirigidos a cuidados curativos como cuidados para a asma, diabetes ou doença coronária, tratamento de episódios de sinusite ou outras áreas como satisfação dos pacientes ou utilização dos serviços, mas igualmente não foi possível chegar a qualquer conclusão útil;

- não há estudos suficientes para avaliar a importância dos obstáculos ao desenho e implementação de iniciativas de pagamento por desempenho;
- a maioria, a quase totalidade, dos estudos vieram do Reino Unido ou dos Estados Unidos da América.

Muitos destes factores - aspectos remuneratórios assim como as condições para o exercício profissional - que podem ser incentivados foram associados à satisfação no trabalho dos médicos de família em grande número de estudos e, portanto, podem ser considerados em estratégias para aumentar a satisfação no trabalho dos médicos de família. No entanto, como já foi referido, subsistem, ainda, muitas dúvidas sobre a relação entre satisfação no trabalho e a qualidade dos cuidados. Provou-se que utentes de médicos com maior satisfação no trabalho têm maior confiança nos seus médicos, mudavam menos de médico e avaliavam melhor os cuidados médicos que recebiam⁶⁸ mas, ainda não se conseguiu estabelecer associações com os resultados em saúde^{68,38,39} ou erros médicos^{38,39}. Uma explicação avançada é que os médicos actuavam como um factor-tampão não permitindo que as más condições de trabalho ou a sua insatisfação no trabalho perturbassem os cuidados que prestavam. No entanto, a qualidade dos cuidados médicos acaba por ser afectada através da falta de médicos para trabalhar na organização dada a associação entre a satisfação no trabalho quer com a intenção de sair da organização quer com a saúde física e mental dos médicos.

Por outro lado, também não é certo se são médicos mais satisfeitos que produzem cuidados de maior qualidade ou se são melhores desempenhos que geram mais satisfação no trabalho. No entanto, nesta incerteza, actuar no enriquecimento da prática, no incremento da autonomia, na melhoria das condições de trabalho, na optimização dos sistemas remuneratórios ou no aumento da

informação sobre a actividade (nomeadamente sobre o seu próprio desempenho) poderá, com grande probabilidade, melhorar satisfação no trabalho e qualidade dos cuidados.

2.4. Reformas nos cuidados de saúde primários, qualidade e satisfação no trabalho – os casos do Reino Unido e da Noruega

O caso de um país – o Reino Unido – é de particular interesse para a situação actual da Medicina Geral Portuguesa. O Reino Unido tem sido uma forte referência para Portugal quer na constituição do Serviço Nacional de Saúde quer no desenvolvimento da Medicina Geral e Familiar⁶⁹ e a última grande reforma da Clínica Geral no Reino Unido, em 2004, tem grandes semelhanças em termos de objectivos e estratégias com a reforma de 2005 dos cuidados de saúde primários portugueses revestindo-de de interesse a análise da evidência existente sobre ela. Os clínicos gerais anglo-saxónicos têm, no entanto, algumas diferenças relevantes em relação aos médicos de família portugueses: enquanto estes são funcionários públicos e trabalham em centros de saúde que são propriedade pública, no Reino Unido são empresários em nome individual ("*independent contractors*") e são proprietários dos seus consultórios, tendo um contrato, individualmente ou em grupo, muito estável com o Estado. A sua relação com o Estado processa-se através das *Primary Care Trusts* (152 em Inglaterra, cada um cobrindo uma área geográfica)^{xliii}.

^{xliii} As Primary Care Trusts controlam cerca de 80% do orçamento do Serviço Nacional de Saúde e têm decisão sobre todos os serviços de saúde da sua área: clínicos gerais, dentistas, farmacêuticos, optometristas, o NHS Direct, as NHS walk-in centres assim como os hospitais; Informação retirada no dia 10 de Maio de 2009 do endereço da responsabilidade do Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido: <http://www.nhs.uk/chq/Pages/1078.aspx?CategoryID=68&SubCategoryID=153>

A reforma de 2004 na Clínica Geral em Inglaterra conhecida como o *"New Contract"* previa que os médicos de família pudessem aumentar a sua remuneração até 20%³² se provassem melhorar a qualidade dos cuidados que prestavam. Esta prova seria feita através da monitorização do cumprimento de um conjunto de 136 indicadores relacionado com três áreas: cuidados clínicos (correspondia a metade dos incentivos e incluía a gestão de dez doenças crónicas como hipertensão, diabetes, asma, doença coronária arterial ou saúde mental), organização da prática (registos, informação sobre e comunicação com as pessoas inscritas na organização, formação, gestão dos medicamentos e gestão da organização) e experiência dos cidadãos (estudos de satisfação das pessoas que utilizaram os seus serviços ou duração das consultas - mais pontos se as consultas fossem marcadas de 10 em 10 min ou mais) e pontos adicionais para cuidados preventivos, acesso facilitado e pontuações gerais altas. Este "New Contract" foi votado pelos médicos de família do Reino Unido (70% de participação) e aprovado com 79% de votos a favor⁷⁰.

Um estudo no início de 2004⁷¹ utilizou 20 entrevistas telefónicas semi-estruturadas e um questionário a 1035 médicos de família (taxa de resposta de 53%) para saber o impacto inicial destes incentivos. Em termos gerais os médicos de família que, como se disse, no Reino Unido são os proprietários e responsáveis dos centros de cuidados de saúde primários, estavam a informatizar os centros e a contratar mais empregados, especialmente enfermeiros e pessoal para introduzir dados. Por outro lado, previa-se que as pessoas iriam passar a ser cada vez mais seguidas em consultas orientadas para algumas doenças e geridas por enfermeiros. Estas alterações iriam levar a equipas maiores e este estudo deu eco a um receio dos médicos de família de que este facto pudesse pôr em causa a continuidade dos cuidados e tornar mais difícil a coordenação dos cuidados. Ainda, a

transferência de tarefas tradicionalmente a cargo dos médicos de família para outras profissões como os enfermeiros e o aparecimento de outros pontos de contacto com as pessoas como o atendimento telefónico (NHS Directo, equivalente ao português Saúde 24) e “*walk-in centres*” (centros para atendimento de situações minor e agudas em pontos de passagem como estações de transportes públicos ou centros comerciais) poderiam levar a uma ainda maior fragmentação dos cuidados e a uma pior coordenação. No entanto, os médicos de família acreditavam que o “*New Contract*” traria mais qualidade nas áreas-alvo. Em síntese, no início da reforma, acreditava-se que o “*New Contract*” poderia trazer uma rápida expansão dos sistemas informatizados de apoio à clínica, a expansão do papel dos enfermeiros, o aumento do atendimento multidisciplinar focado em algumas doenças nos centros de cuidados de saúde primários e a melhoria dos resultados em saúde. Poderia, também e por outro lado, acarretar algumas consequências não desejadas como a diminuição da continuidade dos cuidados, a fragmentação dos cuidados, uma maior orientação biomédica dos cuidados, o negligenciar de áreas não-incentivadas, o aumento das assimetrias territoriais por os médicos preferirem, para se instalarem, áreas com populações com níveis de saúde e social maiores, a perda de autonomia dos médicos de família, o aumento da sua carga de trabalho, e o risco de lesar a motivação intrínseca dos médicos de ^{70,71}. No entanto, autores como Déci, M.Roland ou S.Cambbell afirmam que este impacto negativo pode ser reduzido se o pacote de incentivos financeiros for negociado com a profissão e se parte substancial dos indicadores forem acordados ou determinados pelas organizações profissionais ^{71,26}. E.Kreitner e A.Kinicki reforçam esta ideia ao concluírem que a cultura e o clima organizacional são igualmente importantes: se os incentivos são percebidas como reflectindo o desempenho e não incorporam elementos de controlo como competição com colegas de profissão

ou pressão para atingir metas, se são administradas num contexto pró-autonomia e de suporte e se são consideradas equitativas é menos provável que minem a motivação intrínseca, podendo até aumentá-la³.

S.Campbell et al num special report para o *New England Journal of Medicine*²⁸ avaliaram este sistema de incentivos de pagamento por desempenho introduzido em 2004 no Reino Unido agora do ponto de vista da qualidade dos cuidados – o grande objectivo do sistema. Efectuaram um estudo de coorte de uma amostra de 42 consultórios de médicos de família representativa a nível nacional em 1998, 2003 e 2005 (esta última após a introdução do sistema) através de um conjunto de critérios validados relativos a três doenças e colhidos especificamente para este fim. Os resultados sugerem que a introdução do pagamento por desempenho está associado a uma modesta aceleração na melhoria que, no entanto, já se vinha a verificar antes de 2004 para a asma e diabetes tipo II. Não se verificaram diferenças entre critérios cobertos pelos incentivos e critérios não cobertos, o que pode levar a pensar que a causa da melhoria era outra ou que se verificou um efeito de halo; conclusão igualmente importante desta última informação é que o receio de que áreas não cobertas pelos incentivos fossem negligenciadas não se verificou. Uma conclusão-síntese é que sistemas de pagamento por desempenho não diminuem a qualidade dos cuidados e podem até melhorá-la especialmente se integrados num esquema mais abrangente de melhoria da qualidade.

No ano seguinte à implementação do sistema, R.McDonald et al²⁷ levaram a cabo um estudo cujo design classificaram como um estudo de caso etnográfico em dois consultórios de médicos de família através de entrevistas individuais, análise de documentos e observação da actividade durante cinco meses. Concluíram que a implementação deste sistema levou a um maior uso de *templates*

para colectar os dados necessários e novos regimes de vigilância entre as equipas sobre as metas da qualidade, ou seja, pressão dos pares para atingimento das metas desejadas. As atitudes em relação ao sistema foram muito positivas, mas esquemas de vigilância mais apertados foram referenciados como menos satisfatórios. Os enfermeiros demonstraram mais preocupação que os médicos em relação às mudanças que o sistema implicou mas apreciaram positivamente o aumento de responsabilidade, nomeadamente para os resultados de alguns indicadores. Os médicos não consideraram que o sistema colocava em causa a sua autonomia mas estavam mais negativos em relação aos indicadores que não eram clínicos. Como conclusão geral referiram que este sistema não implicava ameaças à motivação intrínseca dos médicos de família embora os enfermeiros levantassem mais preocupações sobre este assunto.

Para finalizar, um estudo³⁴ (2010) ^{xliv} que analisou a evolução da satisfação no trabalho numa amostra representativa de 1600 médicos (de família e hospitalares) noruegueses de 2000 a 2006 e através de duas grandes reformas do sistema de saúde (uma a incidir mais sobre os cuidados de saúde primários e outra sobre os cuidados hospitalares). A grande conclusão é que a satisfação no trabalho dos médicos de família é alta, a aumentar, superior à dos médicos hospitalares e insensível às reformas que, ainda que substanciais e abrangentes, se dirigiram essencialmente a aspectos contextuais da prática. Esta última informação reforça a ideia de que a satisfação no trabalho dos médicos se baseia em valores internos mais do que factores externos, contextuais, do exercício da profissão.

Estes dois casos são de grande utilidade para a reforma actual (2005-...) dos cuidados de saúde primários em Portugal, podendo-se retirar duas conclusões: a aposta num sistema remuneratório que

^{xliv} Pontuação de 7 na classificação da qualidade de estudos observacionais proposta por Van Ham e colegas⁹ que vai de 0 a 7.

premeia os melhores desempenhos pode ter ganhos abrangentes, nomeadamente na qualidade dos cuidados (mas o sistema para garantir este sistema remuneratório não deve sobrecarregar os médicos excessivamente com trabalho administrativo) e a aposta em termos de satisfação no trabalho deve ser no sentido reforçar o que é intrínseco à profissão.

Referências Bibliográficas

- ¹ Mariotti H. Pensamento complexo – suas aplicações à liderança, à aprendizagem e ao desenvolvimento sustentável. São Paulo: Editora Atlas S.A.; 2007. 203 p.
- ² Davenport T. Capital humano – criando vantagens competitivas através das pessoas. Espanha: Rodesa; 2007. 240 p.
- ³ Kreitner R, Kinicki A. Organizational behavior. 7 th. Boston: McGraw-Hill Irwin; 2007. 608 p.
- ⁴ Neves J. Aptidões individuais e teorias motivacionais. In: Ferreira J, Neves J, Caetano A. ;Manual de psicossociologia das organizações.1.ª ed.Lisboa: McGraw-Hill;2001. p. 255-279.
- ⁵ Rethans J,Norcini J, Barón-Maldonado M et al. The relationship between competence and performance: implications for assessing practice performance. Medical Education 2002;36:901–909.
- ⁶ McManus I, Keeling A, Paice E. Stress, burnout and doctors' attitudes to work are determined by personality and learning style: A twelve year longitudinal study of UK medical graduates. BMC Medicine[Internet]. 2004 [cited 2010 March 3]; 2:29. Available: <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/2/29>
- ⁷ Alcobia P. Atitudes e satisfação no trabalho. In: Ferreira J, Neves J, Caetano A. ;Manual de psicossociologia das organizações.1.ª ed.Lisboa: McGraw-Hill;2001. p. 281-306.
- ⁸ Weiss H. Deconstructing job satisfaction Separating evaluations, beliefs and affective experiences. Human Resource Management Review 2002; 12:173–194.
- ⁹ Hill MM, Hill A. Investigação por questionário. 2nd ed Lisboa: Edições Sílabo, LDA; 2002.377p.
- ¹⁰ Ferreira J. Abordagem política das organizações. In: Ferreira J, Neves J, Caetano A. ;Manual de psicossociologia das organizações.1.ª ed.Lisboa: McGraw-Hill;2001. p. 103-127.
- ¹¹ Peters T. Gerir com imaginação. Espanha: Rodesa; 2007. 173 p.
- ¹² Pinto F. Balanced scorecard - alinhar mudança, estratégia e performance nos Serviços Públicos. Lisboa: Edições Sílabo; 2007. 305 p.
- ¹³ Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care The Milbank Quarterly 83; 2005: 691-729.
- ¹⁴ Homem Christo F.ISO 9000 para serviços de saúde.Guia interpretativo para aplicação da norma NP EN ISO 9001a serviços de saúde.Caparica: Instituto Português da Qualidade;2000. 137 p.
- ¹⁵ Metropolitan Health and Aged Care Services Division - Victorian Government Department of Human Service. Better quality, better health care - A Safety and Quality Improvement Framework for Victorian Health Services. Melbourne Victoria: Metropolitan Health and Aged Care Services Division - Victorian Government

Department of Human Services 2005. Available:

<http://www.health.vic.gov.au/qualitycouncil/downloads/framework.pdf>

¹⁶ Baker R, Grol R. Principles and models for quality improvement. In: Jones R, Britten N, Culpepper L et al. Oxford Textbook of Primary Medical Care. New York: Oxford University Press; 2005.

¹⁷ Victorian Quality Council. A guide to using data for health care quality improvement . Victoria: Rural and Regional Health and Aged Care Services Division, Victorian Government Department of Human Services. 2008. Available:

www.health.vic.gov.au/qualitycouncil

¹⁸ Garcia I. Do capital social ao humano; HSM Online [Internet]. 2009 [cited 2010 Jun 6]. Available: <http://br.hsmglobal.com/notas/54583-do-capital-social-ao-humano>

¹⁹ Hamel G. O futuro da gestão. 2º ed. Lisboa: Actual Editora; 2008. 302 p.

²⁰ Nunes F, Vala J. Cultura organizacional e gestão de recursos humanos. In: Caetano A, Vala J. Gestão de recursos humanos – contextos, processo e técnicas. Lisboa: Editora RH. 2002. p121-149.

²¹ Tavares S. Vinculação dos indivíduos às organizações. In: Ferreira J, Neves J, Caetano A. ;Manual de psicossociologia das organizações.1.ª ed.Lisboa: McGraw-Hill;2001. p. 307-333.

²² Bennett S, Franco L. Public Sector Health Worker Motivation and Health Sector Reform: A Conceptual Framework. Partnerships for Health Reform. Major Applied Research. 1999. (5) Technical Paper no 1: available at: <http://www.phrplus.org/Pubs/m5tp1.pdf>

²³ Dolea C, Orvill A. Motivation of health care workers - review of theories and empirical evidence. Cahiers de Sociologie et Démographie Médicale, February 2005. ;45(1):135-61.

²⁴ Van Ham I, Verhoeven AA, Groenier KH, Groothoff JW, De Haan J. Job satisfaction among general practitioners: a systematic literature review. Eur J Gen Pract. 2006;12(4):174-80.

²⁵ Morin E. Introdução ao pensamento complexo. 4ª. ed. Lisboa: Instituto Piaget; 2003. 177 p.

²⁶ Gagne M, Deci E. Self-determination theory and work motivation. J. Organiz. Behav. 2005; 26: 331–362.

²⁷ McDonald R, Harrison S, Checkland K et al. Impact of financial incentives on clinical autonomy and internal motivation in primary care: ethnographic study. *BMJ* 2007 [Internet]; 2007[cited 2010 March 3]; 334:1357. Available: <http://www.bmj.com/cgi/content/full/334/7608/1357>

²⁸ Campbell S, Reeves D, Kontopantelis W e tal. Quality of Primary Care in England with the Introduction of Pay for Performance. *n engl j med* [Internet]; 2007[cited 2010 March 3]; 357:181-190. Available: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMSr065990>

²⁹ Franco L, Bennett S, Kanfer R, Stubblebine P. Determinants and consequences of health worker motivation in hospitals in Jordan and Georgia. *Soc Sci Med* 2004; 58: 343–355.

³⁰ Mira JJ, Vitaller J, Buil JA, Aranaz J, Rodríguez-Marin J. Satisfacción y estrés laboral en médicos generalistas del sistema público de salud. *Atención Primaria* 1994 Dic; 14 (10): 1135-1140.

³¹ Cooper CL, Rout U, Fargher B. Mental health, job satisfaction, and job stress among general practitioners. *British Medical Journal* 1989 Feb; 298: 366-370.

³² Whalley D, Bojke C, Gravelle H, Sibbald B. GP job satisfaction in view of contract reform: a national survey. *British Journal of General Practice* 2006; 56: 87–92.

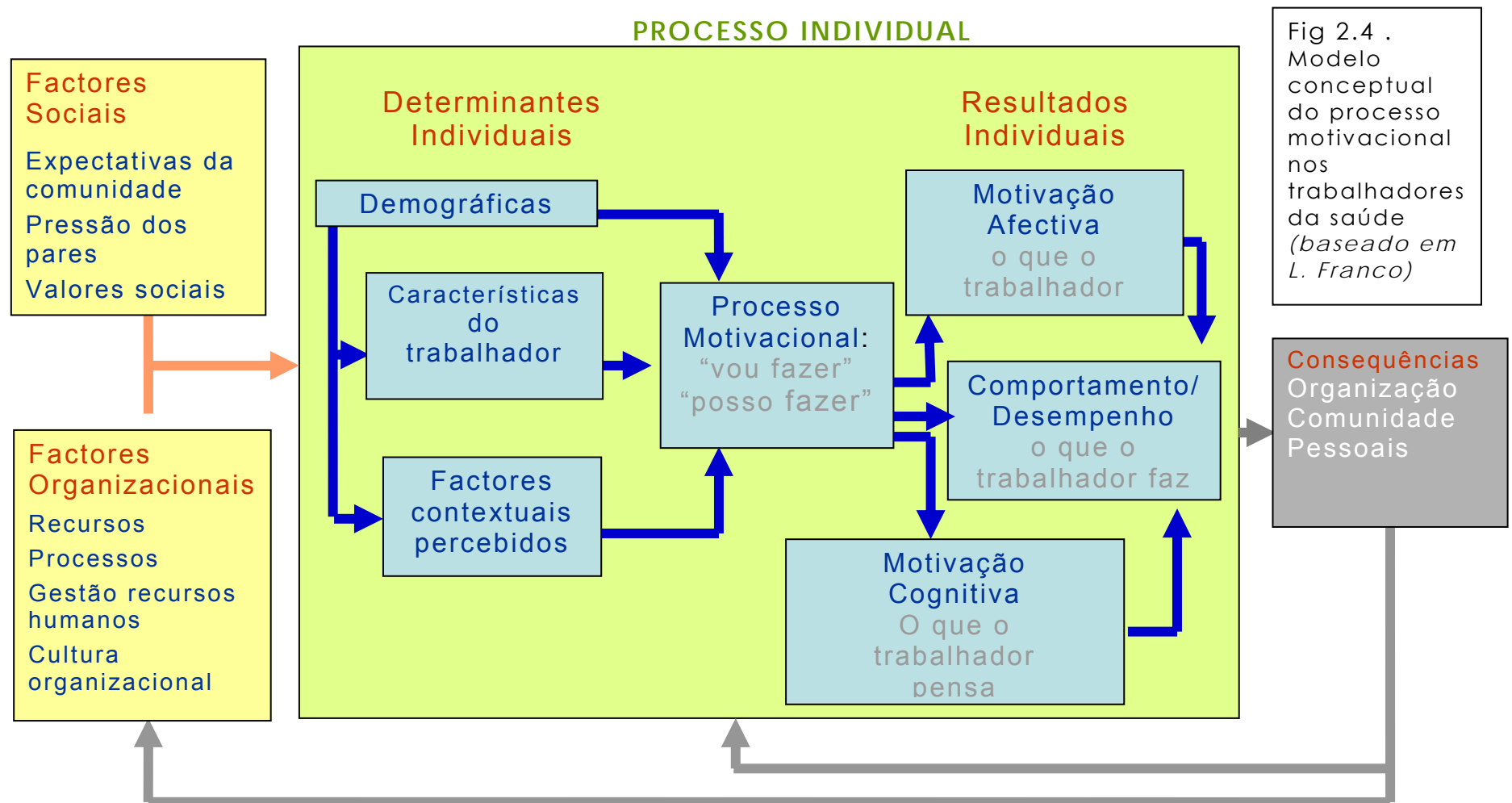
³³ Scott A, Gravelle H, Simoens S et al. Job Satisfaction and Quitting Intentions: A Structural Model of British General Practitioners. *British Journal of Industrial Relations* 44;3: 519–540.

³⁴ Aasland O, Rosta J, Nylenna M. Healthcare reforms and job satisfaction among doctors in Norway. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2010; 38: 253-258

-
- ³⁵ Katerndahl D, Parchman M, Wood R. Perceived Complexity of Care, Perceived Autonomy, and Career Satisfaction Among Primary Care Physicians. *J Am Board Fam Med* 2009;22:24–33.
- ³⁶ Gibson D, Borges N. Aligning Career Expectations With the Practice of Medicine: Physician Satisfaction. *Journal of Career Development* 2009; 35: 331
- ³⁷ Fairhurst K, May C. What General Practitioners Find Satisfying in Their Work: Implications for Health Care System Reform. *Ann Fam Med* 2006;4:500-505.
- ³⁸ Linzer M, Manwell L, Williams E et al. Working conditions in primary care: physician reactions and care quality. *Ann Intern Med.* 2009;151:28-36.
- ³⁹ Linzer M, Manwell B, Mundt M et al. Organizational climate, stress, and error in primary care: the MEMO Study. In: Clancy C, ed. *Advances in Patient Safety: From Research to Implementation*. AHRQ Publication No. 050021 (1). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; [Internet]; 2005[cited 2010 May 4]; Available: <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/advances/vol1/Linzer.pdf>
- ⁴⁰ D Grembowski, D Paschane, P Diehr et al. Managed care, physician job satisfaction, and the quality of primary care. *J Gen Intern Med.* 2005 Mar;20(3):271-7.
- ⁴¹ Pathman D, Konrad T, Williams et al. Physician Job satisfaction, job dissatisfaction, and physician turnover. *J Fam Pract* 2002; 51:00 [Internet]; 2002 [cited 2010 Jun 17]; ; 51:00. Available: <http://www.jfponline.com/pdf%2F5107%2F5107JFP%5FJFPOnline2%2Epdf>
- ⁴² Scott A, Gravelle H, Simoens S et al. Job Satisfaction and Quitting Intentions: A Structural Model of British General Practitioners. *British Journal of Industrial Relations* 44;3: 519–540.
- ⁴³ Kankaanranta T, Nummib T, Vainiomäki J et al. The role of job satisfaction, job dissatisfaction and demographic factors on physicians' intentions to switch work sector from public to private. *Health Policy.* 2007 Sep;83(1):50-64.
- ⁴⁴ Karsh B, Beasley J, Brown R. Employed family physician satisfaction and commitment to their practice, work group, and health care organization. *Health Serv Res.* 2010 Apr;45(2):457-75.
- ⁴⁵ Kushnir T, Cohen AH, Kitai E. Continuing medical education and primary physicians' job stress, burnout and dissatisfaction. *Med Educ* 2000 Jun;34(6):430-6.
- ⁴⁶ Zuger A. Dissatisfaction with medical practice. *N Engl J Med* 2004;350: 69-75.
- ⁴⁷ David Mechanic. The Uncertain Future of Primary Medical Care. *Ann Intern Med.* 2009;151:66-67.
- ⁴⁸ Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005;83:457-502.
- ⁴⁹ Hespanhol A, Pereira AC, Pinto AS. Insatisfação profissional em Medicina Geral e Familiar: um problema intrínseco dos médicos ou das condições de trabalho? *Rev Port Clin Geral* 2000;16: 183-189.
- ⁵⁰ Hespanhol A. Satisfação dos Profissionais do Centro de Saúde São João (2007 e comparação com 2001 a 2006). *Rev Port Clin Geral* 2008;24:665-70.
- ⁵¹ Vieira D, Viegas I, Furtado N. Satisfação profissional em médicos da carreira de clínica geral. *Acta Médica Portuguesa* 1995; 8:531-535.
- ⁵² Graça L. Satisfação profissional dos médicos de família no SNS. *Médico de Família* 2000 Feb; 2 (III série): 48-50.
- ⁵³ Graça, L. (2000) - A Satisfação Profissional dos Médicos de Família no SNS. Parte I. [Internet]; 2000 [cited 2010 Jun 16]; Available: <http://www.ensp.unl.pt/lgraca/> acedido em 27/06/2010.
- ⁵⁴ Graça L. Motivação e satisfação profissional. *Médico de Família* 2000 Mar; 3 (III série):19-20.
- ⁵⁵ Marques J. Avaliação da satisfação de utentes e profissionais num contexto de mudança organizacional, o Projecto Alfa. .Lisboa: Marques J. 1997.

-
- ⁵⁶ Hipólito F, Conceição C, Ramos V, Aguiar P, Van Lerberghe W, Ferrinho P. Quem aderiu ao regime remuneratório experimental e porquê? *Rev Port Clin Geral* 2002;18:89-96.
- ⁵⁷ Ferreira P, Antunes P. Monitorização da satisfação dos profissionais das USF. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, 2009.
- ⁵⁸ Observatório Português Dos Sistemas De Saúde. Relatório de Primavera 2010 – Desafios em tempos de crise. [Internet]; 2010 [cited 2010 Jun 27]; Available: <http://www.observaport.org/rp2010>
- ⁵⁹ Biscaia A, Vieira C, Cardeira R. O Momento Actual da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal 2009/2010 – Questionário aos Coordenadores das Unidades de Saúde. [Internet]; 2010 [cited 2010 Apr 17]; Available: http://www.usf-an.net/pdf/relatorio_de_estudo.pdf
- ⁶⁰ Lucas S. Satisfação profissional dos profissionais de saúde: teorias e conceitos. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 1; 1984:63-68.
- ⁶¹ Lourenço R. Incentivos aos prestadores na carreira d clínica geral do SNS. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 1989, 8:227-231.
- ⁶² APMCG. Um futuro para a Medicina de Família em Portugal. Tomar: APMCG; 1991.
- ⁶³ Christianson J, Leatherman S, Sutherland K. Financial incentives, healthcare providers and quality improvements - a review of the evidence. London: The Health Foundation 2007.
- ⁶⁴ Hicks V, Adams O. Pay and non-pay incentive, performance and motivation. In Ferrinho P, DalPoz M. (eds). *Towards a Global Health Workforce Strategy, Studies in Health Services Organization and Policy* 21. Antwerp: ITG Press; 2003: 257-274.
- ⁶⁵ Rowe AK, de Savigny D, Lanata CF, Victora CG. How can we achieve and maintain high-quality performance of health workers in low-resource settings? *Lancet*. 2005 Sep 17-23; 366(9490): 1026-35.
- ⁶⁶ Gosden T, Forland Frode, Kristiansen I, Sutto M, lease B, Giuffrida A, Serginson M, Pedersen L. Impact of payment method on behaviour os primary care physicians: a systematic review. *J Health Serv Res Policy* 2001; 6(1):44-55.
- ⁶⁷ Barnum H, Kutzin J, Saxenian H. Incentives and provider payment methods. *International Journal of Health Planning and Management* 1995; 10:23-44.
- ⁶⁸ Grembowski D, Paschane D, Diehr Pet al. Managed care, physician job satisfaction, and the quality of primary care. *J Gen Intern Med*. 2005 Mar;20(3):271-7.
- ⁶⁹ Biscaia A, Martins J, Carreira M, Fronteira I, Antunes A, Ferrinho P. *Cuidados de Saúde Primários em Portugal - Reformar para Novos Sucessos* (Grande Prémio Fundação AstraZeneca 2005). 2º ed. Lisboa: Padrões Culturais Editora; 2008. 255 p.
- ⁷⁰ Roland M. Linking Physicians' Pay to the Quality of Care — A Major Experiment in the United Kingdom.n engl j med 2004 [Internet]; 2004 [cited 2010 Apr 24]; 351;14. Available: www.nejm.org
- ⁷¹ Roland M, Campbell S, Bailey N et al. The Financial incentives to improve the quality of primary care in the UK: predicting the consequences of change. *Primary Health Care Research and Development* 2006; 7: 18–26.

Página deixada em branco



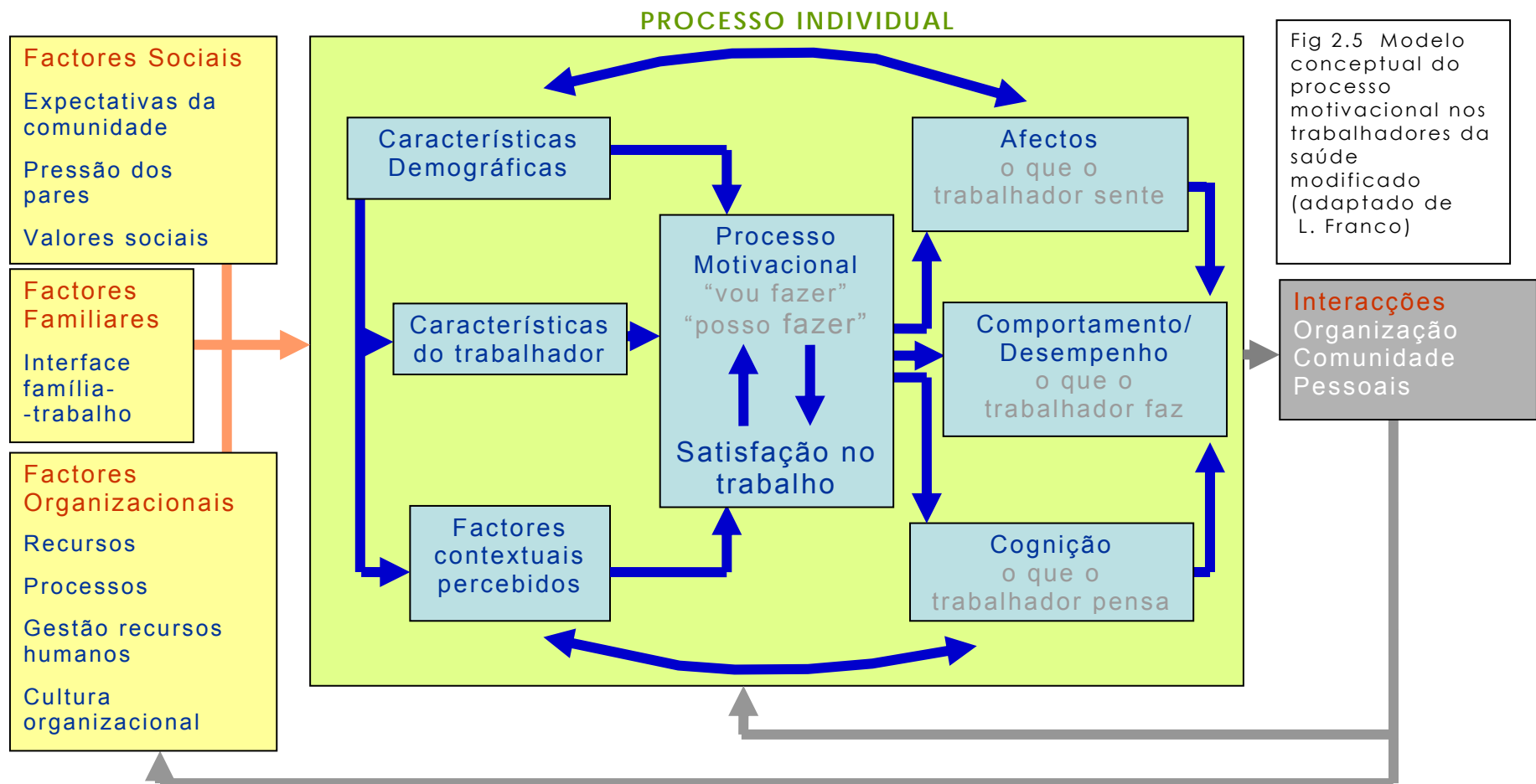


Fig 2.5 Modelo conceptual do processo motivacional nos trabalhadores da saúde modificado (adaptado de L. Franco)

3 A EVOLUÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS E DA MEDICINA GERAL E FAMILIAR EM PORTUGAL

3.1 Evolução das políticas relacionadas com os Cuidados de Saúde Primários e com a Medicina Geral e Familiar

Esta secção corresponde a uma revisão sumária da evolução das políticas portuguesas para os CSP e a Medicina Geral e Familiar em particular e procura descrever, em maior detalhe, a reforma actual que se iniciou em 2005.

Reviram-se os documentos oficiais, os artigos e livros publicados assim como alguns artigos não publicados ou de divulgação menos generalizada para tentar captar não só as versões oficiais e conhecidas mas também as opiniões e motivações daqueles que tomaram as decisões e marcaram as reformas dos CSP.

O capítulo está organizado começando por colocar as reformas num contexto temporal – a evolução das políticas para os CSP de 1970 a 2010 - seguindo-se a descrição dos aspectos críticos das várias reformas, em especial da reforma de 2005 dos CSP, e um balanço de todo o processo.

3.1.1 A evolução das políticas para os cuidados de saúde primários de 1970 a 2010^{xliv}

Esta história inicia-se em 1970, ano em que se considera que foram dados os passos decisivos para a construção de CSP modernos em Portugal. No entanto, aconteceram, claro está, várias reformas até 1970 e que representaram saltos qualitativos fundamentais: “a grande reforma de Ricardo Jorge (1899-1901)”, a “reorganização muito significativa de 1945 (Trigo de Negreiros), que esboçou a modernização dos serviços de saúde... sem que se chegasse a estabelecer uma organização de serviços locais efectivos e operantes”¹; a criação, em 1958, do Ministério da Saúde e Assistência (ministro Martins de Carvalho) “que não conseguiu significativos ganhos de efectividade e eficiência”, mas que levou à realização de numerosos estudos sobre os problemas e serviços de saúde em Portugal sendo essa base de conhecimento fundamental para os passos seguintes¹.

A partir de 1970 a situação altera-se e Portugal coloca-se numa situação vanguardista no que se refere aos CSP, inspirando-se, muito provavelmente, no chamado “Movimento dos Centros de Saúde” (ver secção 2.2) e antecipando o espírito e as orientações da Declaração de Alma-Ata da Organização Mundial da Saúde e da UNICEF, mas quase uma década antes de ela ter sido publicada. Trinta e cinco anos depois, em 2005, Portugal embarca numa nova reforma que tira

xliv Este capítulo é baseado num artigo ainda não publicado - “Primary health care reforms in Portugal: equity oriented & physician driven” de André Biscaia, Paulo Ferrinho, Cláudia Conceição e Vítor Ramos e no capítulo 10 do livro Biscaia A, Martins J, Carreira M, Fronteira I, Antunes A, Ferrinho P. Cuidados de Saúde Primários em Portugal - Reformar para Novos Sucessos (Grande Prémio Fundação AstraZeneca 2005). 2º ed. Lisboa: Padrões Culturais Editora; 2008. 255 p. da autoria do autor desta dissertação.

o melhor partido do conhecimento disponível e que é igualmente vanguardista.

Podem identificar-se seis períodos que correspondem a outras tantas reformas esquematizadas, nas suas linhas de força, no quadro 3.1:

- A - 1970-1973 - Centros de Saúde de 1ª Geração;
- B - 1974-1982 - Construção do Serviço Nacional de Saúde e Período do Serviço Médico à Periferia;
- C - 1983-1994 - Centros de Saúde de 2ª Geração;
- D - 1995-2001 - Modelos organizativos experimentais dos Cuidados de Saúde Primários;
- E - 2002-2004 – Parcerias público – privadas nos Cuidados de Saúde Primários;
- F - 2005 - ... - (em curso) Reorganização dos Cuidados de Saúde Primários / Unidades de Saúde Familiar (USF) / Agrupamentos de Centros de Saúde.

No quadro 3.1 (ver no final do capítulo, a seguir às referências bibliográficas; pág 192 e 193) comparam-se os objectivos das reformas, o sucesso da implementação, a liderança e processo de implementação e grau de empoderamento do cidadão para os vários períodos/políticas.

É possível encontrar uma linha de continuidade desde 1970 (com apenas um hiato entre 2002-2004). Desde 1970 que os princípios fundamentais de todo este processo evolutivo têm estado presentes com uma expressão maior ou menor conforme a abertura do contexto político e social. A reforma de 1970 enfrentou uma oposição feroz e só conseguiu uma implementação parcial, a de 1974 conseguiu reforçar o que de melhor a reforma anterior tinha e preparou a verdadeira mudança de paradigma que se ia efectivar na reforma seguinte, a de 1983, que, de facto, ampliou, aprimorou e

sedimentou a reorientação do sistema de saúde português para os CSP. Só que, depois de um período inicial em que se conseguiu concretizar muito do que se tinha preconizado, as prioridades tornaram-se outras e os CSP foram perdendo protagonismo, apoio político, financiamento e fôlego. A reforma de 1995 tenta reagir e propõe mudanças radicais para reorientar o sistema para os CSP. Planeia, legisla e tenta concretizar mas não encontra a estabilidade política necessária para uma implementação efectiva das mudanças. Encontra sim, novamente, uma oposição encarniçada do “status quo” que é bem sucedido em travar o processo. Subsistiram, no entanto, teoria, ensaios inovadores na organização dos cuidados e experiência para futuras estratégias de implementação de reformas. O hiato 2002-2004, não se pode classificar como uma reforma já que nenhuma mudança de fundo ocorreu nos CSP e não se conseguem entender os verdadeiros objectivos do Ministério da Saúde. A reforma de 2005 retoma o caminho e vem dar uma outra oportunidade aos CSP. É uma reforma que, em continuidade e em coerência com o passado e a cultura dos profissionais de saúde e da sociedade portuguesa, vai mais além, aprofundando conceitos e práticas, propondo uns renovados CSP para Portugal, mais efectivos, mais próximos do cidadão, com maior capacidade de responder às necessidades.

Uma reforma é um processo político e técnico com muitos actores e grupos de interesses que vão assumindo diferentes papéis em períodos diferentes. Uma reforma está também associada a uma curva de aprendizagem que resulta, em parte, da avaliação das inovações ou de experiências em pequena escala introduzidas no sistema; esta aprendizagem necessita de ser promovida, protegida e transferida para os vários níveis de decisão e para todas as partes interessadas na reforma¹. Várias instituições, que podem ser agrupadas em pólos de conhecimento /inovação /mudança, tiveram esta função no caso do sistema de saúde português. Um destes pólos

é incontornável, a APMCG, Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, e os seus membros mesmo antes da sua constituição. Outro é a Escola Nacional de Saúde Pública e os seus docentes e investigadores. A comunidade científica internacional dos CSP nomeadamente ligada ao Reino Unido, à Noruega, à Suécia, mas também à Organização Mundial da Saúde e à WONCA – Organização Mundial dos Médicos de Clínica Geral / Medicina Geral e Familiar representa um pólo com importância evidente ao longo destas últimas décadas. Outro pólo é constituído, por um lado, pelas instituições de formação na área dos CSP dependentes do Ministério da Saúde responsáveis pelos processos de especialização e pela formação pós-graduada – os Institutos de Clínica Geral, as Coordenações dos Internatos Complementares e as próprias instituições prestadoras de cuidados – e, por outro, pelas instituições académicas responsáveis pela formação pré-graduada assim como por cursos de pós-graduação, mestrados ou doutoramentos. Finalmente, o pólo constituído pelas organizações profissionais – ordens profissionais, associações profissionais e sindicatos – que têm tido um papel importante a nível técnico e na área dos recursos humanos, promovendo o diálogo, criando a tensão necessária para se chegar a melhores e mais consensuais decisões.

Há mais um último pólo que, no entanto, continua sem se afirmar plenamente – o pólo dos cidadãos. Apenas no período revolucionário de 1974 este pólo teve uma real expressão e uma palavra a dizer nas soluções que se construíram. Antes dessa altura e após ela, o papel dos cidadãos, da sociedade civil, dos grupos de doentes, das associações de consumidores tem sido, demasiadas vezes, o do espectador passivo. No Quadro 3.1 tentou-se descrever a evolução do empoderamento do cidadão nestas últimas quatro décadas e o retrato deixa muito a desejar. É uma aposta da actual reforma modificar esta situação, nomeadamente criando mecanismos de

participação dos cidadãos na gestão das USF e dos Agrupamentos de Centros de Saúde e tornando as avaliações da satisfação do cidadão obrigatórias e com consequências.

Identificam-se, igualmente, várias linhas de força ao longo destas quatro décadas de evolução dos CSP que podem, também, servir de recomendações para reformas futuras.

No que se refere às estratégias de definição e implementação das reformas, é importante assegurar um equilíbrio entre estratégias “de cima para baixo” e “de baixo para cima”. Em Portugal, estratégias exclusivamente “de cima para baixo” não se conseguiram consolidar. Para uma implementação bem sucedida é igualmente essencial que os profissionais, para além da participação no processo de construção da reforma, sejam empoderados com a autonomia, as aptidões e os instrumentos necessários para fazer face aos desafios da reforma; igualmente importante é procurar a atenuação das discrepâncias de poder entre grupos profissionais, permitindo-se altos níveis de autonomia técnica e funcional assegurando-se simultaneamente a responsabilização de todos pelos resultados; é necessário que todos os níveis da estrutura organizacional saibam onde se quer chegar, o que se pretende deles e qual é o seu papel específico e sejam responsabilizados pelo seu próprio desempenho¹.

Os pioneiros das reformas devem ser recompensados por esse esforço e risco, mas os restantes profissionais também têm de ser considerados. Todos necessitam de ser mantidos informados e progressivamente envolvidos¹.

Igualmente importantes são os estudos da realidade nacional e internacional, os estudos das tendências, as projecções para o futuro e as experimentações em pequena escala e subsequente avaliação em profundidade, já que providenciam a base de evidência

necessária para justificar a generalização das inovações a todo o sistema de saúde.

Uma reforma, como processo complexo que é, necessita de tempo de reflexão e de maturação das ideias. Este tempo deve ser respeitado e protegido. O processo deve ser inclusivo e promover o envolvimento de todos os actores e partes interessadas, procurando-se pactos sociais duradouros que garantam o tempo necessário para que as reformas se estabeleçam e produzam resultados. No entanto, a fase de discussão também não se deve prolongar em demasia no tempo, à procura do plano perfeito porque pode sobrevir frustração e acomodação. Uma reforma é um processo em permanente (re)construção, em contínua adaptação.

Analizando estas quatro décadas de reformas dos CSP, a conclusão é que Portugal alcançou importantes ganhos em saúde e que os riscos assumidos valeram a pena.

3.1.1.1 A Reforma de 2005 -...^{xlvi} dos cuidados de saúde primários portugueses

Uma das primeiras medidas do Ministério da Saúde do XVII Governo Constitucional, que tomou posse em 2005, foi a revogação do Decreto-Lei nº 60/2003 de 1 de Abril que enquadrava a reforma dos CSP proposta pelo governo anterior, por considerar “não ter tido aplicação prática à realidade do País” nem conferir “...qualquer autonomia...” aos Centros de Saúde e por se basear num “obsoleto conceito de verticalização dos sectores, diminuindo, assim, a natureza multidisciplinar e integradora dos cuidados de saúde que devem ter no seu centro o utente”. Estava, portanto, dado um novo mote para a

^{xlvi} Este período de reforma como ainda não está terminado passará a ser designado deste modo reforma 2005-...

mudança: centragem no cidadão, ligação à realidade do país, autonomia, multidisciplinaridade, integração.

No mesmo momento é anunciada a criação de “um grupo técnico para a reforma dos CSP” e, posteriormente, uma Missão para os CSP “com a natureza de estrutura de missão, para a condução do projecto global de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos centros de saúde e implementação das unidades de saúde familiar” por resolução do Conselho de Ministros. De importância foi, também, a determinação, na mesma resolução, da obrigatoriedade de que em cada Administração Regional de Saúde fosse criada uma equipa de apoio ao processo de implementação, tentando obviar muitos dos problemas que surgiram na implementação das reformas anteriores. É escolhido para liderar esta Missão o então presidente da APMCG – Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral.

3.1.1.1.1 O processo de mudança

Os principais objectivos da Missão para os Cuidados de Saúde Primários passavam por melhorar a acessibilidade aos cuidados de saúde, a qualidade e a continuidade destes assim como a eficiência e aumentar a satisfação de profissionais e utilizadores. Para tal foi considerado necessário modernizar e reconfigurar os Centros de Saúde “como o coração do Serviço Nacional de Saúde e a estrutura de alicerçamento de todo o sistema de saúde”², seguindo uma série de princípios dos quais se destacam:

- orientação para a comunidade;
- flexibilidade organizativa e de gestão;
- desburocratização;
- trabalho em equipa;
- autonomia e responsabilização;
- melhoria contínua da qualidade;

- contratualização e avaliação².

O processo de mudança para os “novos Centros de Saúde” passaria por:

- constituição de Unidades de Saúde Familiar (USF);
- associação de Centros de Saúde em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES);
- introdução de um novo modelo de gestão;
- instituição de governação clínica;
- reorganização dos serviços de suporte (nomeadamente com desactivação das Sub-Regiões de Saúde).

Este processo de mudança teria dois vectores, um “de cima para baixo”, em consonância com a reestruturação da Administração Central do Estado^{xlvii} e a nova macroestrutura do Ministério da Saúde e outro de “baixo para cima” com o envolvimento dos profissionais de saúde através de processos de candidaturas voluntárias destes para a criação de equipas autónomas de prestação de cuidados de saúde – as Unidades de Saúde Familiar (USF). Estas candidaturas a USF são sujeitas a uma avaliação técnica, devendo cumprir uma série de requisitos previamente estipulados num processo dinâmico de ajustamento contínuo do modelo organizacional. No final conseguir-se-ia a reconfiguração dos Centros de Saúde existentes em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES - serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que integram um ou mais centros de saúde³ – ver mais adiante). Outras áreas e unidades⁴ estão contempladas nesta reforma mas não serão aqui tratadas .

^{xlvii} Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado (PRACE), cujos objectivos são modernizar e racionalizar a Administração Central, melhorar a qualidade de serviços prestados aos cidadãos pela Administração, colocar a Administração Central mais próxima e dialogante com o cidadão

3.1.1.1.2 A implementação das Unidades de Saúde Familiar

A Unidade de Saúde Familiar (USF) deve ser considerada a célula organizacional elementar de prestação de cuidados de saúde individuais e familiares, constituída por uma equipa multiprofissional, com autonomia organizativa, funcional e técnica e integrada em rede com outras unidades funcionais do centro de saúde⁵. As USF são equipas de constituição voluntária por parte dos profissionais, que se responsabilizam pelos cuidados a um grupo de cidadãos – em geral, entre 4.000 e 18.000 utentes - e obedecem a um conjunto de características independentemente do modelo de gestão e da sua natureza jurídico-funcional:

- equipas multiprofissionais auto-organizadas (integrando médicos de família, enfermeiros e administrativos/secretários clínicos, cuja dimensão se subordinará à população inscrita, podendo ser alargada para integrar profissionais de outras áreas, em situações devidamente contratualizadas⁵), potenciando as aptidões e competências de cada profissional;
- sistema de informação (gestão do utente, administrativa, clínica e de desempenho) que responda aos indicadores solicitados pela equipa regional de apoio e acompanhamento, mantendo uma base de dados credível e fiável dos ficheiros de utentes dos médicos aderentes⁵;
- autonomia organizativa, funcional e técnica, mantendo contudo a sua dependência hierárquica resultante das carreiras de origem, em termos disciplinares e de avaliação de desempenho;
- sistema retributivo misto (base/carreira, capitação ajustada, à peça - os domicílios - e por objectivos – atingimento de objectivos pela equipa e não individualmente) que premeie a igualdade de acesso, o desempenho individual e colectivo para

a eficácia e eficiência, e a qualidade do sistema; no caso dos médicos são considerados

- o suplemento associado ao aumento das unidades ponderadas das listas de utentes;
 - o suplemento da realização de cuidados domiciliários;
 - o suplemento associado às unidades contratualizadas do alargamento do período de funcionamento ou cobertura assistencial, quando contratualizado;
 - o a compensação associada ao desenvolvimento das actividades específicas (como a vigilância, em planeamento familiar, de uma mulher em idade fértil, a vigilância de uma gravidez ou de uma criança no primeiro ou no segundo ano de vida, a vigilância de uma pessoa com diabetes ou hipertensão); e
 - o a compensação associada à carteira adicional de serviços, quando contratualizada;
- outros incentivos que tenham como objectivo apoiar e estimular o desempenho colectivo dos profissionais da USF :
 - o os incentivos institucionais consistem na atribuição de prémios institucionais para reinvestimento na própria USF sendo aferidos pelo desempenho, medido por 15 indicadores, em quatro áreas - acessibilidade; desempenho assistencial; satisfação dos utentes; eficiência; e
 - o os financeiros para enfermeiros e secretários clínicos, sendo a sua atribuição dependente da concretização de metas contratualizadas referentes a actividades de vigilância de mulheres em planeamento familiar e grávidas, de vigilância de crianças do nascimento até ao segundo ano de vida, de vigilância de pessoas com diabetes ou hipertensão;

- contratualização baseada numa carteira de serviços básica e adicional (opcional), assumindo estas equipas um compromisso assistencial contratualizado de prestação de cuidados de saúde de forma personalizada, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos à população inscrita nas listas de utentes dos médicos especialistas em medicina geral e familiar que integram a USF⁵;
- existência de um acordo de intersubstituição que garanta, nos dias úteis, atendimento no próprio dia aos utentes, de qualquer das listas dos médicos de família, que procurem o serviço;
- existência de uma hierarquia técnico-científica, indicada pela equipa, para garantir a qualidade do serviço;
- um plano de desenvolvimento de competências e de formação⁵;
- integração em rede com as outras unidades no CS;
- implementação da governação clínica (não só nas USF como nos ACES) “ como estratégia para a melhoria contínua dos cuidados prestados e um compromisso ético de responsabilidade social^{xlvi}”.

A evolução organizativa das USF assenta em três modelos de desenvolvimento: A, B e C⁵. A classificação de uma USF num dado nível será determinada por cumprimento de critérios em três áreas de diferenciação: o grau de autonomia organizacional, a diferenciação do modelo retributivo e de incentivos dos profissionais e o modelo de financiamento e respectivo estatuto jurídico. Segundo o Despacho nº

xlvi A governação clínica é “o processo através do qual as organizações de saúde se responsabilizam pela melhoria contínua da qualidade dos seus serviços e pela salvaguarda de padrões elevados de qualidade de cuidados... abrange ...a efectividade clínica, a auditoria clínica, a gestão do risco, a satisfação do doente e o desenvolvimento de competências profissionais” passando, também, pela disponibilização de informação aos utentes; implica um trabalho em equipa multidisciplinar na identificação dos problemas e na procura de soluções; e, para ser efectivo, tem de ser conduzido de uma “forma sistémica, planeada e não burocratizada”²⁴

24 100/2007, que define os modelos de organização das USF, os três modelos assumem diferentes patamares de autonomia, aos quais correspondem distintos graus de partilha de risco e de compensação retributiva, e caracterizam-se do seguinte modo:

- modelo A - corresponde a uma fase de aprendizagem e de aperfeiçoamento do trabalho em equipa de saúde familiar; compreende as USF do sector público administrativo com regras e remunerações definidas pela Administração Pública, aplicáveis ao sector e às respectivas carreiras dos profissionais que as integram e com possibilidade de contratualizar uma carteira adicional de serviços, paga em regime de trabalho extraordinário, bem como contratualizar o cumprimento de metas, o que se traduz em incentivos institucionais a reverter para as USF;
- modelo B - indicado para equipas com maior amadurecimento organizacional, onde o trabalho em equipa de saúde familiar é uma prática efectiva, que estejam dispostas a aceitar um nível de contratualização de desempenho mais exigente e uma participação no processo de acreditação das USF, num período máximo de três anos; abrange as USF do sector público administrativo com um regime retributivo especial para todos os profissionais, integrando remuneração-base, suplementos e compensações pelo desempenho;
- modelo C - modelo experimental, a regular por diploma próprio, com carácter supletivo relativamente às eventuais insuficiências demonstradas pelo Serviço Nacional de Saúde, sendo as USF a constituir definidas em função de quotas estabelecidas pelas administrações regionais de saúde e face à existência de cidadãos sem médico de família atribuído; abrange USF dos sectores social, cooperativo e privado, articuladas com o centro de saúde, mas sem qualquer dependência hierárquica deste,

baseando a sua actividade num contrato-programa estabelecido com a ARS.

Neste momento, apenas existem USF dos modelos A e B.

3.1.1.1.3 A reconfiguração dos Centros de Saúde

O objectivo primordial de todo o processo de mudança, expresso na constituição da Missão para os CSP⁶, é a reconfiguração dos Centros de Saúde. A reconfiguração dos centros de saúde obedece, segundo a própria Missão²⁸ “a um duplo movimento: por um lado, a constituição de pequenas equipas em unidades funcionais autónomas, prestadoras de cuidados de saúde à população, que proporcionarão maior proximidade ao cidadão e maior qualidade de serviço, por via de um modelo de contratualização interna; e, por outro lado, a agregação de recursos e estruturas de gestão (nos Agrupamentos de Centros de Saúde), eliminando concorrências estruturais, obtendo economias de escala e viabilizando estratégias regionais ao nível dos CSP que vão ao encontro das necessidades e expectativas da população²⁸. “Esta reconfiguração deve ter em consideração dois aspectos fundamentais. O primeiro destes é criar condições estruturais para aumentar o nível de qualidade dos serviços existentes e preservar as afinidades culturais que os actuais centros de saúde representam para a população, enquanto base institucional dos CSP. O segundo aspecto é a necessidade de projectar para o futuro uma forma de actuação mais racional, eficaz, inovadora e capaz de garantir a acessibilidade e a equidade dos cuidados de saúde junto da população”⁶.

As novas unidades de gestão, os Agrupamentos de Centros de Saúde, são apresentadas como serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, agrupando um ou mais centros de saúde, e que têm por missão garantir a prestação de CSP à população de determinada área geográfica. Destas unidades funcionais constam as unidades de

saúde familiar, as unidades de cuidados de saúde personalizados^{xlix}, as unidades de cuidados na comunidade^l, as unidades de saúde pública e as unidades de recursos assistenciais partilhados^{li}, podendo ainda existir outras unidades ou serviços que venham a ser considerados como necessários pelas administrações regionais de saúde. Na área da participação dos cidadãos, está prevista a existência de um conselho da comunidade, sendo ainda mantido o Gabinete do Cidadão.

O número máximo de ACES é de 74, sendo que a delimitação geográfica dos ACES deve corresponder a NUTS III, a um agrupamento de concelhos ou a um concelho. Foram efectivamente implementados 68 até Fevereiro de 2010.

3.1.1.1.4 A evolução da reforma

As candidaturas para as primeiras USF iniciaram-se em Março de 2006, menos de um ano após a tomada de posse do Governo que decretou esta reforma e menos de cinco meses depois da constituição da Missão para os CSP. A entrada em actividade das primeiras USF ocorreu em Setembro de 2006, a menos de seis meses após o início das candidaturas e menos de um ano depois da constituição da Missão para os CSP.

^{xlix} Uma Unidade de Cuidados Personalizados tem estrutura idêntica à prevista para as USF e presta cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos, sendo composta por médicos, enfermeiros e administrativos não integrados em USF.

^l Uma unidade de cuidados na comunidade presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção, sendo composta por enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala e outros profissionais.

^{li} Uma unidade de recursos assistenciais partilhados presta serviços de consultoria e assistenciais às outras unidades funcionais e organiza ligações funcionais aos serviços hospitalares, sendo constituída por médicos de várias especialidades, que não de medicina geral e familiar e de saúde pública, bem como assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, técnicos de saúde oral e outros profissionais.

Em Julho de 2010, tinham sido efectuadas 432 candidaturas, das quais 325 tinham sido aceites para avaliação e 244 USF estavam em funcionamento ao longo do País. A zona norte tem sido a mais activa nas candidaturas para a constituição de USF.

ARS	Entradas	Aceites para avaliação	USF em funcionamento
Alentejo	17	11	8
Algarve	11	9	9
Centro	70	34	27
Lisboa e Vale do Tejo	128	96	80
Norte	206	175	120
Total	432	325	244

Quadro 3.2 - Unidades de Saúde Familiar em Julho de 2010 – candidaturas, aceites e em actividade, por Administração Regional de Saúde.

	USF	Utentes Potenciais	Ganho de Cobertura	Profissionais	Médicos	Enfermeiros	Administrativos
Candidaturas aceites	325	3.875.008	531.644	6.285	2.228	2.261	1.796
USF em funcionamento	244	3.043.044	368.021	4.876	1.733	1.756	1.387

Quadro 3.3 - Unidades de Saúde Familiar em Julho de 2010 – candidaturas aceites e em funcionamento, utentes potenciais, ganhos de cobertura de população utente, número de profissionais envolvidos

As USF já em funcionamento abrangem cerca de 30% da população portuguesa e quando todas as candidaturas já aceites entrarem em funcionamento esse número passará para cerca de 37%, representando um ganho de mais de meio milhão de utentes em termos de cobertura da população. Nessa altura, envolverão 6.285 profissionais, dos quais 2.228 médicos de família, novamente cerca de 30% do total de médicos de família existentes em Portugal. Esta evolução, apesar de aquém das metas estabelecidas pelo Governo, tem necessariamente de ser considerada um sucesso num processo que é voluntário, que não é isento de riscos (os profissionais podem auferir vencimentos menores no caso de não conseguirem alcançar os objectivos ou a população utente necessária) e que se segue a dezenas de anos de tentativas falhadas de reforma dos CSP.

Em termos de dimensão das USF em funcionamento, pode-se concluir que têm, em média, 12.123 utentes potenciais, 19,4 profissionais (6,8 médicos, 7,0 enfermeiros e 5,6 administrativos). Há, portanto, um rácio de cerca de 0,97:1 em termos de médicos / enfermeiros (num estudo em Centros de Saúde da ARS de Lisboa e Vale do Tejo de 2003 este rácio era de 0,90:1⁷) e 1,25:1 quanto a médicos / administrativos (no estudo referido em Centros de Saúde da ARS de Lisboa e Vale do Tejo de 2003 era de 0,9:1, mas nos Centros de Saúde há mais actividades administrativas que não existem nas USF⁷).

Em termos do processo político registaram-se três momentos de crise mais visíveis que foram ultrapassados, reforçando a ideia de que a Reforma está sólida nos seus alicerces e apoios: a substituição, em Janeiro de 2008, do Ministro da Saúde (tendo, no entanto, a nova ministra rapidamente reafirmado, no que se refere a esta Reforma, a intenção de prosseguir nas mesmas linhas programáticas e estratégicas do ministro que substituiu), a remodelação de Abril de 2008 da própria Missão para os CSP, em conflito interno, de que

apenas restaram o coordenador e um dos elementos da equipa inicial e o fim do mandato da segunda equipa da Missão para os CSP em Abril de 2010 com a constituição de uma nova organização e filosofia de coordenação da reforma de que se aguarda implementação efectiva.

Uma das estruturas constituídas aquando da remodelação de Abril de 2008 foi o Grupo Consultivo para a reforma dos Cuidados de Saúde Primários com os objectivos de desempenhar o papel de consultor dos decisores da reforma dos cuidados de saúde primários e acompanhar e analisar a evolução da reforma dos CSP. Emitiu até hoje dois relatórios. O primeiro a que deu o título de “Acontecimento extraordinário” afirmando que a reforma dos cuidados de saúde primários é um acontecimento extraordinário na sociedade portuguesa “conjugando princípios de descentralização, auto-organização e responsabilização face aos resultados verificados, com a experiência no terreno, de equipas profissionais coesas, próximas das pessoas e sensíveis às suas necessidades e preferências, configurou-se um novo modelo de prestação de cuidados de saúde primários no país” tendo-se criado “uma nova marca – o *SNS – proximidade com qualidade*, que agora é necessário estender progressivamente ao conjunto das infra-estruturas de cuidados de saúde primários do país”. Este relatório considerava, ainda, que esta reforma é “um dos mais importantes processos de mudança a decorrer no país e se continuar a ser bem sucedida, resultará em grandes benefícios para a saúde, para a qualidade de vida e para o bem-estar dos portugueses” mas para “que isso de facto aconteça é necessário mobilizar amplos sectores da sociedade portuguesa incluindo o seu potencial científico, tecnológico e de inovação”.

Considerava-se, no entanto, que havia “ainda muito a fazer”: “estimular a expansão das Unidades de Saúde Familiar; implementar e desenvolver progressivamente os Agrupamentos de Centros de Saúde,

promovendo a sua autonomia de gestão; continuar a investir nos sistemas de informação; reduzir as desigualdades de acesso num período de tempo razoável; rever a articulação com os hospitais; ajustar, eventualmente, o modelo da reforma para as áreas do interior, com população e recursos da saúde mais dispersos e adoptar políticas de recursos humanos compatíveis com a reforma. Concluíam-se dizendo que “os dispositivos que fizeram com sucesso a gestão do desenvolvimento das Unidades de Saúde Familiar não são suficientes para a nova fase da reforma”, havia “que pensar num novo modelo para governança da reforma dos cuidados de saúde primários”

O segundo relatório, de Fevereiro de 2010, retoma o último tópico do primeiro e intitula-se “Tempos decisivos - Da necessidade de um novo modelo de governança para a reforma dos cuidados de saúde primários” e define que “o modelo de governança da reforma a adoptar, deverá incluir um conjunto de elementos articulados entre si:

- Implementar um sistema de monitorização efectivo da reforma, enquanto instrumento crítico para a sua direcção estratégica;
- assegurar uma interacção contínua entre a direcção estratégica da reforma e a sua coordenação operacional no âmbito do SNS;
- expandir a base social de apoio da reforma;
- dispor de um Conselho Consultivo para a Reforma dos CSP.

No balanço que faz da reforma, evidencia que:

- as USF têm aumentado em número e passando, um número crescente, a exercer em modelo B mas os mecanismos de apoio ao seu desenvolvimento não têm acompanhado este progresso;
- existem assimetrias “entre os avanços conseguidos na vertente *cultural* e do desempenho das USF e o que (não) foi feito nas componentes gestionárias e transformacionais dos ACES” com

deficits na autonomia prevista e “desmotivação crescente dos (seus) directores executivos”;

- não existe qualquer liderança ou definição estratégica para o desenvolvimento da governação clínica;
- subsistem as insuficiências nos processos de contratualização devidas à ausência “de sistemas de informação interoperáveis que garantam a simetria e a partilha de informação real e em tempo útil entre as partes, essenciais para a transparência, validade e efectividade do modelo de monitorização e acompanhamento e correcção de desvios aos compromissos assumidos” aliada “a metas e indicadores desfasados dos diferentes estádios de experiência e desenvolvimento das equipas e “persistência de um modelo impositivo;
- mantêm-se a falta de articulação entre CSP e os cuidados hospitalares.
-

3.1.1.1.5 A Investigação e a Reforma

Foram efectuados vários estudos por diferentes organizações e instituições académicas para, por um lado, orientar a evolução do processo reformador e, por outro, avaliar a sua adequação aos objectivos propostos ou às aspirações das várias partes interessadas.

3.1.1.1.5.1 Estudos antes da implementação da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários de 2005

Um estudo tem de ser citado obrigatoriamente: “Um futuro para a Medicina de Família em Portugal” publicado em 1991 pela APMCG – Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral⁸. É um trabalho baseado numa discussão alargada que envolveu os diversos órgãos sociais da APMCG e muitos dos seus sócios sobre o que deveria ser a evolução dos CSP portugueses e, em particular, da Medicina Geral e Familiar e que foi o mapa para a concepção e

implementação da Reforma dos CSP de 2005; este documento tem sido um documento-guia da APMCG no seu relacionamento com os outros parceiros da Saúde e a evolução que defende está profundamente enraizada na cultura dos médicos de família portugueses. Esta identificação cultural poderá explicar a adesão que a reforma está a ter.

Foram efectuados vários estudos sobre o desempenho e o impacto do Regime Remuneratório Experimental - modelo remuneratório experimental que esteve na origem do sistema remuneratório e de incentivos da actual reforma. Um destes estudos, realizado no âmbito da DGS⁹ concluiu, em síntese, que “com um modelo inovador de organização da prestação de cuidados em que se entrega nas mãos de profissionais a capacidade para se auto-organizarem, apresentando objectivos e metas concretas e comprometendo-se com a sua execução, é possível obter maior rigor no desempenho, maior responsabilidade individual e da equipa pelo grau de eficiência obtido, com ganhos evidentes em qualidade associados a uma racionalização da utilização de recursos” e ainda que “a experiência constituiu um bom exemplo de boas práticas em clínica geral, com suporte no trabalho de equipa, aproximando claramente a oferta de cuidados das necessidades de saúde da população”. Este estudo concluiu que se verificaram maior produtividade e racionalidade técnica, melhoria da qualidade/ganhos em saúde, maior satisfação dos utentes, maior satisfação dos profissionais, melhor custo / eficiência: “fez-se mais, fez-se melhor e a custos mais baixos”.

Em estudos com vertentes mais qualitativas, entrevistaram-se grupos que se constituíram em Grupos Alfa ou que aderiram ao Regime Remuneratório Experimental e concluiu-se que:

- pelo menos para um segmento de profissionais, o desenvolvimento, no sector público, de sistemas de

“discriminação positiva” ou de “incentivos”, é desejável; no entanto, considera-se que estes sistemas deveriam envolver todos os profissionais do grupo e evoluir, eventualmente, para componentes remuneratórias individuais e de grupo⁵

- a principal motivação para aderir ao Regime Remuneratório Experimental é a realização profissional seguida da autonomia profissional⁵.
- as diferenças regionais na adesão ao Regime Remuneratório Experimental estariam mais relacionadas com a determinação das Administrações de Saúde do que com factores locais; todo o processo do Regime Remuneratório Experimental parece, também, não ter fortalecido a confiança dos profissionais na Administração, nem dos responsáveis locais em relação à Administração Central¹⁰.

3.1.1.1.5.2 Estudos após início da implementação da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários de 2005

Nos estudos destinados a avaliar o impacto orçamental do lançamento e implementação das Unidades de Saúde Familiar, tirou-se a conclusão geral de que “existem economias de escala que poderiam ser aproveitadas com um aumento de dimensão nos centros de saúde mais pequenos até cerca de 50.000 utentes por centro de saúde”. Concluiu-se, ainda, que os custos também eram inferiores nos grupos em Regime Remuneratório Experimental e confirmou-se que essa diminuição não resultava de uma redução da oferta ou qualidade dos cuidados^{11,12}. Avaliou-se, ainda, o impacto das Unidades de Saúde Familiar, concluindo-se que “os sistemas de remuneração têm um desenho correcto, pelo que estimamos um impacto global positivo nos níveis de eficiência e nas despesas públicas da implementação das Unidades de Saúde Familiar... desde

que no global não haja uma distanciação substantiva relativamente ao envelope orçamental do RRE" ^{11,12}.

Num estudo que utilizou a técnica de grupos nominais nos vários grupos de profissionais das USF¹³ das cinco Administrações Regionais de Saúde, concluiu-se que existia consistência ao longo do país nas respostas, tanto no lado dos problemas como dos sucessos, o que poderá demonstrar uma coerência do processo de mudança organizacional desencadeado pela criação das USF. Os problemas relatados eram da área dos recursos humanos (a área mais citada, e principalmente relativos aos grupos profissionais dos enfermeiros e administrativos), formação (com necessidades formativas não satisfeitas), sistemas de informação (apesar da evolução muito positiva, subsistem problemas principalmente na área da enfermagem), comunicação intersectorial (entre as Unidades de Saúde Familiar e as estruturas intermédias de gestão), de incentivos (com falta de definição) e de equipamentos e de instalações (deficiências em material e instalações inadequadas). Como sucessos foram assinalados o aumento da acessibilidade dos cidadãos aos serviços, a autonomia acrescida, o trabalho em equipa mais efectivo, o aumento da satisfação e motivação profissionais, e as vantagens dos novos sistemas de informação.

Um outro estudo ^{lii} avaliou a satisfação dos utentes e dos profissionais de saúde com os cuidados de saúde prestados pelos Centros de Saúde e USF e a sua percepção em relação à actual reforma dos CSP, através de 14 *focus groups* ao longo do país, que envolveram 16 centros de saúde e 103 participantes: utentes, profissionais de saúde, chefias e profissionais da comunicação social¹⁴. Em relação à satisfação dos utentes com os Centros de Saúde, foram identificados nove grandes vectores de satisfação/insatisfação:

^{lii} Do autor desta dissertação, em co-autoria,.

- factor humano - a imagem construída do Centro de Saúde é claramente dependente do tipo de relação que se estabelece com os profissionais de saúde e com a equipa de saúde;
- acessibilidade - falta de médicos, horários pouco alargados e localização pouco apropriada são as principais barreiras;
- flexibilidade dos serviços prestados - foi patente a necessidade de aumentar/melhorar a flexibilidade dos serviços, no sentido de adaptação às necessidades locais, assim como a gama de serviços disponibilizados;
- relação de proximidade com a comunidade – quer-se o Centro de Saúde aberto e em estreita ligação à comunidade;
- eficácia do sistema de informação – que garanta o fluxo da informação necessário para uma articulação efectiva entre prestadores de cuidados assim como informação de vários tipos – clínica, estatística, de gestão, etc;
- desburocratização dos serviços – é um objectivo de todas as partes;
- concepção arquitectónica – estruturas menos adequadas estão associadas a insatisfação;
- equidade – a preocupação com estas questões surgiram principalmente nos meios rurais;
- educação para a saúde – a necessidade de uma aposta mais forte nesta área.
- Quanto às perspectivas dos profissionais dos centros de saúde e das redes sociais sobre a satisfação dos utentes, foi salientada a importância da estabilidade das equipas (e a necessidade mais premente de desenvolvimento profissional da área administrativa), do trabalho em rede centrado no utente e da existência de sistemas de informação úteis.

Os profissionais da comunicação social envolvidos nestes *focus-groups* concordaram que esta reforma configura uma ruptura total

com o passado. Consideram que é uma reforma bem pensada e implementada e que retirou o máximo proveito do contexto em que emergiu, da motivação dos profissionais e do conhecimento existente. Dois dos obstáculos mais importantes identificados são o passado de múltiplas tentativas de reforma falhadas e a elevada idade média dos médicos de família. Como aspectos menos positivos, consideraram que é uma reforma demasiado centrada na figura do médico e com pouco envolvimento dos utentes. Aqui, consideraram que a comunicação social poderia ter um papel de grande importância na transmissão de mais informação e no debate sobre a reforma.

No que se refere à satisfação no trabalho nos Centros de Saúde, as conclusões estão na secção 6.4 desta tese.

Quanto às percepções em relação à reforma, considera-se que a actual reforma dos CSP vai mudar profundamente os centros de saúde e melhorar a satisfação de utentes e profissionais e a relação entre estes. Considerou-se, ainda, que esta reforma está integrada na cultura dos profissionais, mas também se pensava que não estava, ainda naquela altura (2007), segura.

Esta reforma não está, igualmente, isenta de imperfeições e perigos devido:

- a eventuais faltas de equidade no acesso aos cuidados por parte de utentes integrados em USF e dos que a elas não pertencem;
- à possibilidade de um desinvestimento na dimensão da intervenção comunitária da actividade dos Centros de Saúde, pela prioridade da actividade assistencial em consulta;
- ao não envolvimento dos outros grupos profissionais para além dos médicos, enfermeiros e administrativos neste processo da constituição das USF e pelos constrangimentos que tal facto acarreta;

- àquilo que é percepcionado como uma indefinição política sobre a visão que o Governo tem para o sector da saúde.

Um outro estudo¹⁵ debruçou-se sobre a organização da prestação dos “serviços não assistenciais” e é descrito em outras fontes.

Foram, ainda, efectuados um estudo de satisfação no trabalho dos profissionais a exercer em USF de que se fala na secção 2.2.3 e um estudo de satisfação dos utentes que demonstrou que os utentes estão amplamente satisfeitos com esta reforma¹⁶.

Os relatórios dos processos de contratualização disponíveis demonstram que o enquadramento das USF consegue que, em alguns casos, se atinjam patamares bastante satisfatórios de efectividade no cumprimento de objectivos e metas de qualidade contratualizados, o que deverá ter repercussão na qualidade dos cuidados. No entanto, são necessários mais dados e estudos comparativos com enquadramentos “não-USF” para conclusões mais cabais.

3.1.1.1.6 O Conhecimento e a Reforma de 2005 dos cuidados de saúde primários

Destes estudos, poder-se-á concluir que esquemas organizativos que promovam a autonomia e responsabilização dos profissionais trazem benefícios para todas as partes envolvidas e que esquemas de incentivos individuais (e também de equipa) para todos os grupos profissionais não são só bem-vindos como podem trazer ganhos de eficiência. Outro aspecto está relacionado com a dimensão dos Centros de Saúde, nomeadamente com a possibilidade de ganhos de economia de escala se se aumentar a dimensão dos mais pequenos (os ganhos seriam mais evidentes com uma dimensão até 50 000 utentes). Outra conclusão é que para o sucesso de uma reforma, ter-se-á de recuperar a confiança de todos os potenciais envolvidos, dos

profissionais aos níveis de gestão intermédios e de topo, mobilizar mais profissionais, apostar na formação e na comunicação intersectorial e, ainda mais, nos sistemas de informação e melhorar e reforçar a participação dos cidadãos na “vida” dos Centros de Saúde e dos CSP. Esta reforma também suscita receios e tem problemas: eventuais faltas de equidade no acesso aos cuidados entre os utentes integrados em USF e os que a elas não pertencem; a possibilidade de desinvestimento na área da intervenção comunitária dos Centros de Saúde pela prioridade conferida à actividade assistencial em consulta ou o pouco envolvimento de grupos profissionais para além dos da equipa nuclear - médico, enfermeiro e administrativo. Este é, contudo, um processo que parece trazer vantagens em pontos essenciais: centragem nos problemas críticos dos CSP, melhoria da acessibilidade e aumento da satisfação dos utentes assim como dos profissionais (em provável relação com a autonomia acrescida e um trabalho em equipa mais real e efectivo).

Esta reforma parece ter incorporado grande parte destas preocupações, ficando em sintonia com o conhecimento existente sobre os CSP portugueses:

- colocou no topo da agenda a autonomia e a responsabilização quer dos profissionais no terreno quer dos vários níveis de gestão intermédios (com objectivos e metas publicamente divulgados e monitorizados);
- implementou um sistema remuneratório e de incentivos que tem provas dadas, alargando-o a outros grupos profissionais que não apenas os médicos de família e que tem componentes individuais e outros que promovem o trabalho em equipa;
- forçou uma melhoria dos sistemas informáticos de apoio às actividades assistenciais;
- agregou os Centros de Saúde tentando obter economias de escala;

- tem cultivado um estilo de actuação mais transparente, aberto e participativo do que o habitual; adoptou uma reforma cuja estrutura fundamental está na cultura dos profissionais de saúde;
- promove níveis de satisfação altos de utentes e dos profissionais (ver também a secção 6.3 desta tese);
- permite que, em alguns casos, se atinjam patamares bastante satisfatórios de efectividade no cumprimento de objectivos e metas de qualidade contratualizados.

Faltam ainda, no entanto, medidas concretas para os outros grupos profissionais que não médicos de família, enfermeiros e administrativos; orientações claras para essas outras profissões (como a Saúde Pública, a psicologia, a fisioterapia, o serviço social, a medicina dentária, entre outras); programas de formação e de desenvolvimento profissional; uma verdadeira política de recursos humanos da Saúde (com, nomeadamente, planos de mobilização de novos profissionais para os CSP); planos de comunicação mais efectivos (principalmente para o nível da população); uma aposta mais forte na intervenção comunitária; um verdadeiro sistema de informação integrado, coerente, que ponha em comunicação efectiva as várias partes do sistema de saúde e sirva cidadãos, profissionais e gestores.

3.1.1.2 Balanço da Reforma de 2005 dos cuidados de saúde primários

Independentemente de ser uma reforma muito recente, estar em progresso neste momento, respirar ainda o entusiasmo da novidade e sentir-se a ambição de uma aposta arrojada, esta reforma de 2005 tem de ser considerada um sucesso. Não deixa, no entanto, de se ter de assinalar dificuldades e problemas a resolver.

Parece, também, ser uma reforma inovadora, em comparação com as anteriores e com as que se estão a operar em outros países, nomeadamente no que se refere à sua planificação e à sua implementação. Essa inovação manifesta-se nos seguintes parâmetros:

- a reforma está fortemente alicerçada na cultura dos profissionais de saúde, nunca foi um corpo estranho aos profissionais ou considerada como tendo sido principalmente imposta de fora – a sua estrutura-base tem múltiplos pontos de contacto com o documento “Um futuro para a Medicina de Família em Portugal” publicado em 1991 pela APMCG – Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral que tem sido um importante documento-guia para os médicos de família e na relação destes com os outros grupos profissionais; recupera também o conceito do enfermeiro de família e da importância da intervenção comunitária, dois cavalos-de-batalha da enfermagem portuguesa; enriquece as funções administrativas abrindo a porta para uma nova profissão, uma aspiração de muitos dos que têm apostado nesta actividade; e reforça a noção de equipa de saúde, considerada um dos pontos fortes dos CSP;
- foi criado pelo Conselho de Ministros, não um grupo de trabalho, mas uma estrutura de missão com plenos poderes e suporte político, para delinear e implementar todo o processo de mudança, do nível macro ao micro - uma estrutura que responde directamente perante o ministro da saúde e é independente dos outros departamentos do ministério da saúde; inclui médicos de família, médicos de saúde pública, enfermeiros, juristas, gestores e psicólogos organizacionais e tem sido coordenada por médicos de família que são referências da APMCG - Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral;

- o modelo adoptado para as unidades de saúde familiar e, nomeadamente, o regime remuneratório e de incentivos foi baseado na avaliação de vários anos de modelos-piloto como o Regime Remuneratório Experimental e o Projecto Alfa (eles próprios inovações radicais no quadro da função pública) e num estudo de impacto da generalização do modelo proposto;
- está previsto um plano de treino e acompanhamento para o desenvolvimento das várias unidades funcionais dos Centros de Saúde reconfigurados (mas a sua não implementação até agora lança dúvidas sobre a sua real efectivação);
- é proposto um papel central para a governação clínica nos Centros de Saúde reconfigurados e o corpo técnico é fortemente valorizado em cada USF, com as suas responsabilidades técnicas e autoridade independentes do corpo gestor dos Centros de Saúde e dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ainda que tarde em se afirmar);
- os objectivos e metas da reforma para os diferentes níveis de decisão estão definidos e o seu cumprimento é publicamente avaliado;
- os diferentes níveis de decisão criaram grupos de acompanhamento para monitorizar a evolução, dar apoio aos processos de mudança e melhor cumprir as suas obrigações (que funcionou bem até metade do período de tempo desta reforma mas que tem perdido fulgor, foco e eficiência);
- há um componente forte *de baixo para cima*, quer na fase do desenho da reforma (suportada por investigação e conhecimento produzidos por instituições profissionais) quer na fase da implementação (as USF são voluntárias e dependentes da capacidade organizativa e de inovação dos profissionais do terreno);

- assumiu-se que a reforma iria ser implementada como um processo em desenvolvimento, decidindo-se não esperar que todos os detalhes estivessem resolvidos e totalmente operacionais para avançar com as mudanças, mas antes lançando as fundações, fornecendo orientações e começando a operar ao mesmo tempo que se definiam e implementavam os últimos detalhes, retirando já vantagens do conhecimento de como as coisas se estavam a passar no terreno;
- existiu uma discussão alargada à volta da reforma – da sua necessidade, da sua urgência, da sua definição e da sua implementação – com a criação nomeadamente de vários *fora on-line*; no entanto, a discussão, apesar da repercussão nos meios de comunicação social, não se alargou à maioria da população, circulando maioritariamente entre os grupos profissionais relacionados com a Saúde;
- há um grande e detalhado interesse dos meios de comunicação social sobre a reforma.

3.2 Evolução dos recursos humanos dos Cuidados de Saúde Primários e da Medicina Geral e Familiar

L. Jong-Wook, da Organização Mundial da Saúde em 2005 no prefácio do relatório desta organização desse ano sintetizou o que é necessário: “*We have to work together to ensure access to a motivated, skilled, and supported health worker by every person in every village, everywhere..*” É necessário, portanto, que a motivação seja complementada com as competências necessárias e o nível de suporte adequado (instalações, equipamentos, outros elementos da equipa de trabalho, autonomia, ...) e que os profissionais de saúde essenciais sejam tornados acessíveis a toda a população e em todos os locais. A motivação, as competências, o suporte, a escolha de

profissão ou de carreira, a assiduidade, os comportamentos organizacionais adequados (como a cidadania organizacional) podem ser incentivados como se viu na secção 2.2.3. O impacto dos incentivos é sensível a factores como o desenho do incentivo, o contexto em que esse incentivo é aplicado e a avaliação dos profissionais sobre a suficiência e adequação da recompensa^{liii} pelo seu trabalho^{17,18}. As políticas analisadas atrás, neste capítulo, tinham como propósito incentivar a mudança em determinados sentidos. Um dos objectivos mais perene é a equidade no acesso da população aos cuidados de saúde. Esse acesso é dependente de muitas variáveis entre as quais o número e a distribuição dos profissionais de saúde e a sua produtividade. São estes os aspectos que vamos abordar nas secções seguintes.

3.2.1 Evolução do número de médicos e enfermeiros nos hospitais e nos cuidados de saúde primários

O número de profissionais de saúde, nomeadamente médicos e enfermeiros, tem vindo sempre a aumentar.

A figura 3.1 ilustra esta evolução dos médicos e enfermeiros inscritos nas respectivas organizações (sindicatos ou ordens) e em exercício nos hospitais e nos cuidados de saúde primários^{liv}. Desde 1960 até 2007, o número de médicos aumentou 3,4 vezes. Contudo, entre 1960 e 2007 o número de médicos evoluiu de modo muito diverso conforme o nível de cuidados considerado: o número de médicos nos hospitais aumentou 6,3 vezes neste período de tempo, passando de 3.358 para 21.024 enquanto que nos cuidados de saúde

^{liii} Distinguem-se os termos recompensa – “os sistemas de recompensas proporcionam índices sobre o que é valorizado; as recompensas favorecem os empregados que se comportam de forma consistente com os objectivos e valores da organização” ²⁰do termo retribuição -

^{liv} Até os anos 1970, as estatísticas referiam-se aos médicos em estabelecimentos com e sem internamento.

primários o número de médicos passou de 4.439 para 7.312, correspondendo a um aumento de somente 1,65 vezes. Em termos de médicos por mil habitantes, nos hospitalares passou de 0,38 em 1960 para 1,98 em 2007 mas nos CSP passou de 0,50 para 0,69 neste período de tempo (com 1,07 em 1978). A percentagem entre médicos dos dois níveis de cuidados era, em 1960, de 57% do total de médicos a exercer nos cuidados de saúde primários passando para 25,8% em 2007. Esta inversão ocorre em 1976, paradoxalmente quando é instituído o Serviço Nacional de Saúde e não pára de se acentuar até 2007. O número de médicos nos CSP cresce com alguma celeridade até 1975, mantendo-se mais ou menos constante até 1978 quando começa a decrescer até 2000 quando estabiliza e até aumenta ligeiramente. O momento desta estabilização é o mesmo da implementação de experiências organizativas nos CSP e do início da reforma de 2005 dos CSP.

Desde 1960, o número de enfermeiros aumentou ainda mais do que o de médicos, mas ainda mais significativa é a evolução comparada com os médicos dos CSP: a partir de 2005 há mais enfermeiros do que médicos nos CSP e a diferença tem-se vindo a acentuar desde então. Este é um desenvolvimento que marca uma eventual viragem paradigmática nos CSP: de um sistema com predomínio dos médicos de família para outro, com predomínio dos enfermeiros.

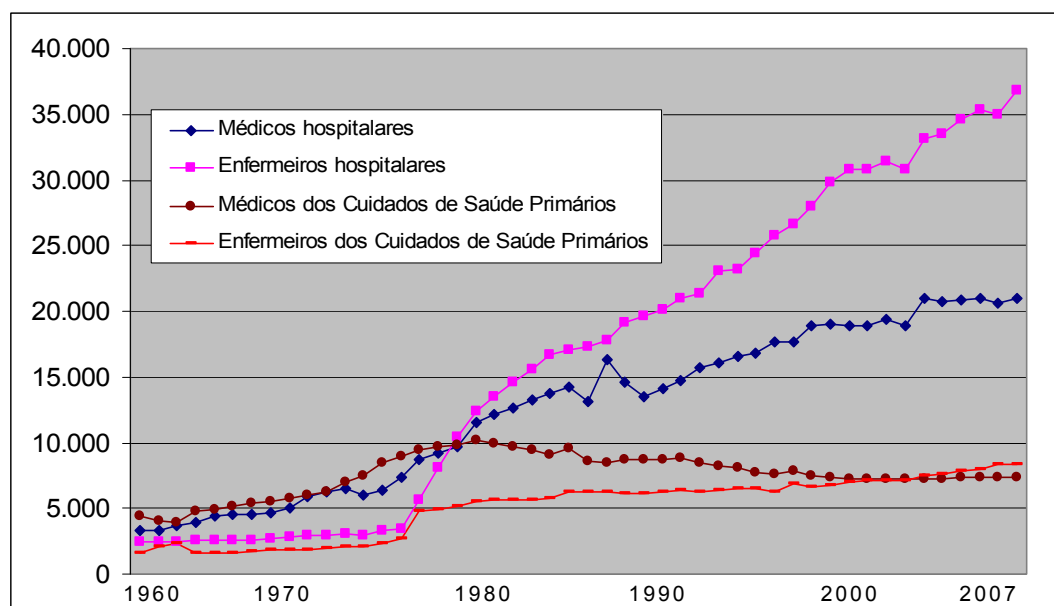
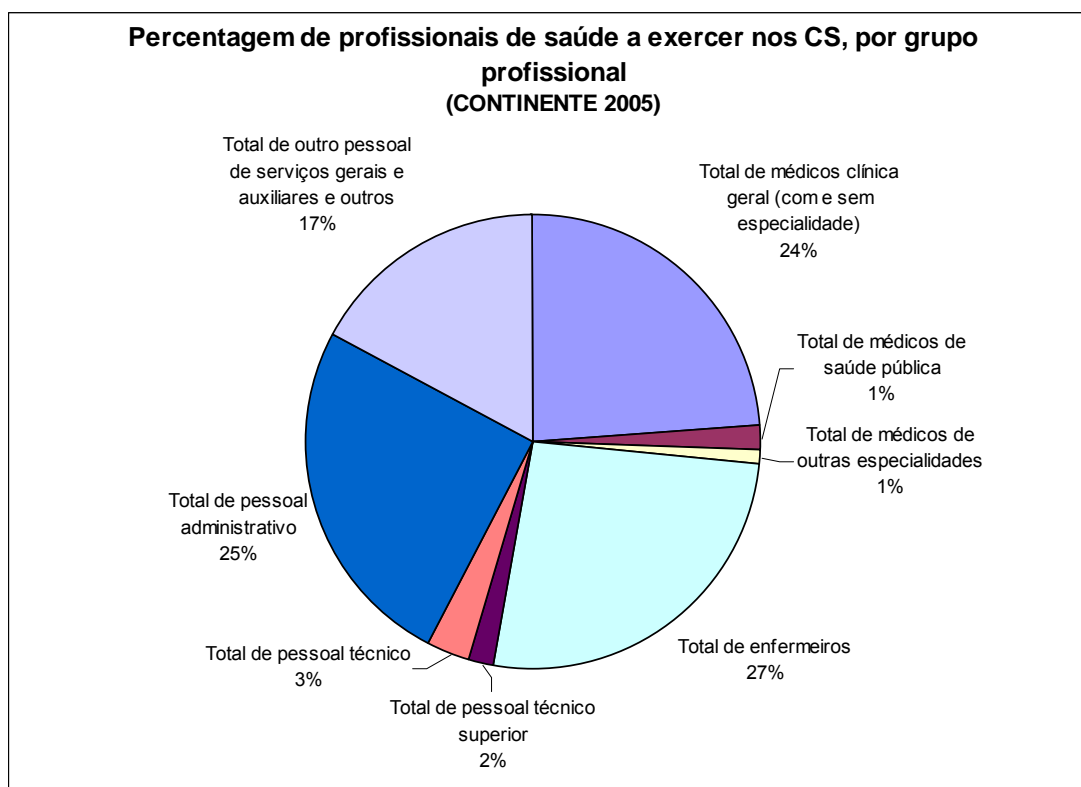


Fig. 3.1- Evolução do número de médicos e enfermeiros nos hospitais e nos cuidados de saúde primários 1960 – 2007

Os Centros de Saúde, em 2005, atingiam uma média de cerca de 77 profissionais por CS: 18 deles médicos de Clínica Geral/Medicina Geral e Familiar (dos quais 17 tinham lista de utentes atribuída), 1 médico de Saúde Pública, 1 médico de outra especialidade, 20 enfermeiros, 1 técnico superior (assistente social, psicólogo, etc.), 3 outros técnicos de saúde, 19 administrativos e 13 trabalhadores da área dos serviços gerais e auxiliares. Como se pode concluir, os CS eram, nesta altura, unidades de MF, enfermeiros e administrativos com pouca representação de outras profissões da saúde. (ver Figura 3.2).



Fonte: IGIF

Fig. 3.2 - Distribuição percentual dos vários grupos profissionais a exercerem nos Centros de Saúde em 2005

6.4.2 Evolução dos macro-indicadores em saúde relacionados com os cuidados de saúde primários

Os quadros 3.4 a 3.7 (ver no final do capítulo a seguir às referências bibliográficas; pág 194 a 197) demonstram a evolução de alguns indicadores ao longo dos vários momentos de reforma dos CSP. De salientar:

- o envelhecimento da população;
- a cobertura de toda a população por um sistema de saúde;
- o aumento da percentagem do produto interno bruto para a saúde;
- o aumento da despesas de saúde *per capita*;
- o marcado aumento das consultas nos CSP ao longo do tempo;

- o aumento da esperança de vida;
- o notável decréscimo da mortalidade por todas as doenças analisadas (algumas com mortalidade zero a partir de certa altura) – todas sensíveis aos CSP.

Em relação a este último dado, de referir que o relatório da Organização Mundial da Saúde de 2008 refere o caso de Portugal como um bom exemplo de como o desenvolvimento dos CSP pode ter um efeito na saúde das populações. Neste relatório é apresentado, ainda, um estudo do autor desta tese em colaboração^{lv} que demonstra que o desenvolvimento dos CSP, nomeadamente do número de profissionais a trabalhar neste nível de cuidados, teve uma importante contribuição na evolução destes indicadores¹⁹.

Referências Bibliográficas

- ¹ Biscaia A, Ferrinho P, Conceição C, Ramos V. Primary health care reforms in Portugal: equity oriented & physician driven. Texto não publicado. Lisboa; 2007.
- ² Pisco L. A reforma dos Cuidados de Saúde Primários - Os novos Centros de Saúde (apresentação em power-point na Ordem dos Médicos). 17 Janeiro 2007.
- ³ Portugal. Decreto-Lei n.º 28/2008 (estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos Agrupamentos de Centros de Saúde).
- ⁴ Biscaia A, Martins J, Carreira M, Fronteira I, Antunes A, Ferrinho P. Cuidados de Saúde Primários em Portugal - Reformar para Novos Sucessos (Grande Prémio Fundação AstraZeneca 2005). 2.º ed. Lisboa: Padrões Culturais Editora; 2008. 255 p.
- ⁵ Despacho Normativo n.º 9/2006 (alterado pelo Despacho Normativo n.º 10/2007) (aprova o regulamento que estabelece os termos, as condições e os procedimentos necessários para as candidaturas a Unidades de Saúde Familiar).
- ⁶ Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005 (determina a criação de uma estrutura de missão para a reforma dos cuidados de saúde primários, e nomeia o Coordenador).
- ⁷ Secção Regional do Sul da Ordem dos Médicos. Relatório da Comissão de Avaliação das Condições Técnicas para o Exercício da Actividade dos Médicos nos Centros de Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Lisboa: Ordem dos Médicos; 2004.
- ⁸ APMCG. Um futuro para a Medicina de Família em Portugal. Tomar: APMCG; 1991.
- ⁹ Direcção-Geral da Saúde. Regime Remuneratório Experimental dos médicos de clínica geral – Relatório da Comissão de Acompanhamento e Avaliação. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.; 2004.
- ¹⁰ Conceição C, Antunes AR, Lerberghe WV, Ferrinho P. As diferenças regionais na adesão ao Regime Remuneratório Experimental dos médicos de clínica geral até Janeiro de 2000. Rev Port Clín Geral 2003; 19: 227-36.

^{lv} Em colaboração com Paulo Nogueira, José Martins, Mário Carreira, Wim VanLerberghe e Paulo Ferrinho.

-
- ¹¹ Gouveia M, Silva SN, Oliveira P, Miguel L (Grupo de Trabalho da Associação Portuguesa de Economia da Saúde). Análise dos Custos dos Centros de Saúde e do Regime Remuneratório Experimental. Lisboa: Associação Portuguesa de Economia da Saúde; 2006.
- ¹² Gouveia M, Silva SN, Oliveira P, Miguel L (Grupo de Trabalho da Associação Portuguesa de Economia da Saúde). Análise dos Custos e Sistema de Remuneração e Incentivos das Unidades de Saúde Familiar. Lisboa: Associação Portuguesa de Economia da Saúde; 2007.
- ¹³ Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Sucessos e problemas das Unidades de Saúde Familiar - Um estudo qualitativo. Lisboa: Missão para os Cuidados de Saúde Primários; 2008.
- ¹⁴ Santos O, Biscaia A, Antunes A, Craveiro I, Júnior A, Caldeira R, Charondière P. Os centros de saúde em Portugal: Satisfação dos utentes e dos profissionais. Lisboa: VBFM Comunicação; 2007.
- ¹⁵ GANEC – Gabinete de Análise Económica da Universidade Nova de Lisboa. Modelo de Prestação de Serviços de Suporte Técnico aos Agrupamentos de Centros de Saúde. Lisboa: GANEC – Gabinete de Análise Económica da Universidade Nova de Lisboa; 2007.
- ¹⁶ Ferreira P, Antunes P. Monitorização da satisfação dos profissionais das USF. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, 2009.
- ¹⁷ Hicks V, Adams O. Pay and non-pay incentive, performance and motivation. In Ferrinho P, DalPoz M. (eds). Towards a Global Health Workforce Strategy, Studies in Health Services Organization and Policy 21. Antwerp: ITG Press; 2003: 257-274.
- ¹⁸ Martin Roland, Stephen Campbell, Nan Bailey, Diane Whalley and Bonnie Sibbald The Financial incentives to improve the quality of primary care in the UK: predicting the consequences of change. Primary Health Care Research and Development 2006; 7: 18-26
- ¹⁹ WHO. The world health report 2008 : primary health care now more than ever. Geneva: WHO; 2008. 148 p.

Página deixada em branco

Quadro 3.1 – Reformas dos Cuidados de Saúde Primários – Objectivos

	1970-1973 CS de 1ª Geração	1974-1982 Construção do SNS Período do Serviço Médico à Periferia	1983-1994 CS de 2ª Geração	1995-2001 Modelos organizativos experimentais dos CSP	2002-2004 Parcerias público – privadas nos CSP	2005-...(em curso) Reorganização dos CSP / Unidades de Saúde Familiar / Agrupamentos de Centros de Saúde
Objectivos da reforma	Implementação dos CSP públicos Integração dos CSP (promoção da saúde, prevenção da doença e serviços curativos) Planeamento central e execução descentralizada	Remodelação total do sistema Equidade Cuidados de saúde para todos	Remodelação total do sistema (continuação) Equidade Melhorar acesso aos cuidados de saúde Integração dos CSP (promoção da saúde, prevenção da doença e serviços curativos)	Melhorar a gestão pública dos CSP Gestão orientada para objectivos (primeira estratégia de saúde) Aumento da autonomia Aumento da responsabilização ("accountability") - agências de contratualização Modelos organizativos experimentais para os CS Sistemas Locais de Saúde	Serviços públicos e privados como parte de uma única "rede de serviços de saúde", financiada pelo Estado Parcerias público / privadas	Reforço da orientação do sistema para os CSP Reconfiguração dos CS Aumento da responsabilização Modernização dos serviços de Saúde Melhorar o acesso, a continuidade e eficiência dos cuidados Aumentar a satisfação de profissionais e utilizadores
Sucesso da implementação	Sucesso parcial (a integração dos CSP não foi alcançada) Oposição forte das instituições de cuidados de saúde existentes e do "status quo" Falta de suporte e compromisso político	Grande sucesso Preparou o terreno para a implementação do SNS e levantou a necessidade de uma especialização em Clínica Geral / Medicina Geral e Familiar	Grande sucesso no início e estagnação depois Falta de suporte político	A reorganização e o aumento da autonomia dos centros de saúde (CS de 3ª Geração) não chegaram a ter início. O modelo dos CS de 2ª Geração prevaleceu. Os Sistemas Locais de Saúde também não foram implementados Falta de suporte político	Estagnação Nunca foi implementada (o modelo dos Centros de Saúde de 2ª Geração prevaleceu) Falta de consenso, grande oposição dos profissionais e dos partidos políticos fora do governo	USF a serem implementadas e constituição dos Agrupamentos de Centros de Saúde planeada e legislada Sucesso até ao momento (envolve mais de 10% da população)

	1970-1973 CS de 1ª Geração	1974-1982 Construção do SNS Serviço Médico à Periferia	1983-1994 CS de 2ª Geração	1995-2001 Modelos organizativos experimentais dos CSP	2002-2004 Parcerias público – privadas nos CSP	2005-...(em curso) Reorganização dos CSP / USF / ACES
Liderança e processo de implementação	De cima para baixo (forte) e de baixo para cima (moderada) Liderança por médicos Instituições académicas moderadamente e importantes	De baixo para cima (forte) e de cima para baixo (forte) Movimento de cidadãos deu suporte total Instituições académicas pouco ou nada importantes	De baixo para cima (forte no início, fraco mais tarde) e de cima para baixo (forte) Sindicatos, associações profissionais e movimentos de cidadãos deram apoio total no início; depois reivindicaram melhorias Instituições académicas pouco ou nada importantes	De cima para baixo (forte) e de baixo para cima (moderado) Sindicatos, associações e ordens profissionais reivindicaram mais melhorias Liderança por médicos Instituições académicas moderadamente importantes	De cima para baixo Sindicatos e associações profissionais totalmente contra Apoio dos grupos privados da Saúde Instituições académicas pouco ou nada importantes	De baixo para cima (muito forte) e de cima para baixo (forte) Sindicatos, associações e ordens profissionais concordaram na necessidade da reforma mas discordaram na sua definição Liderança por médicos Instituições académicas moderadamente importantes
Empode- ramento do Cidadão	Residual	Forte no início, diminuindo para o fim	Residual, a aumentar lentamente	Residual, a aumentar lentamente Associações de consumidores começam a dedicar atenção especial aos serviços de saúde Emergem muitas associações de doentes, algumas ligadas à indústria farmacêutica Primeiros estudos em larga escala de satisfação dos cidadãos com os serviços de saúde Implementação do sistema de gestão das reclamações nos serviços de saúde	Residual, a aumentar lentamente As associações de consumidores mantêm atenção especial aos serviços de saúde Associações de doentes mais activas Estudos em larga escala de satisfação dos cidadãos com os serviços de saúde continuam	Baixa, a aumentar lentamente As associações de consumidores mantêm atenção especial aos serviços de saúde Associações de doentes mais activas Inicia-se um movimento de cidadãos para protecção do Serviço Nacional de Saúde Os estudos de satisfação dos cidadãos com os serviços de saúde tornam-se obrigatórios nas USF

Quadro 3.4 - O contexto das Reformas – Dados Gerais

	1970-1973 CS de 1ª Geração	1974-1982 Construção do SNS Período do Serviço Médico à Periferia	1983-1994 CS de 2ª Geração	1995-2001 Modelos organizativos experimentais dos CSP	2002-2004 Parcerias público – privadas nos CSP	2005-... (em curso) Reorganização dos CSP / USF / ACES
	1970	1974	1983	1995	2002	2005
População Total	8.680.000	8.754.000	9.969.900	10.030.376	10.368.403	10.549.424
População <15 anos (%)	28,47	27,26	25,51*	17,71	15,85	15,59
População 15 -64 anos (%)	61,86	62,53	63,04*	67,42	67,54	67,44
População 65 ou mais anos (%)	9,67	10,21	11,4*	14,87	16,61	17,15
% de população coberta por um sistema de saúde público ou social	60	-	-	100	100	100

* Dados de 1981

Quadro 3.5 - O contexto das Reformas – Indicadores de Saúde

	1970-1973 CS de 1ª Geração	1974-1982 Construção do SNS Período do Serviço Médico à Periferia	1983-1994 CS de 2ª Geração	1995-2001 Modelos organizativos experimentais dos Cuidados de Saúde Primários	2002-2004 Parcerias público – privadas nos Cuidados de Saúde Primários Estagnação	2005-... (em curso) Reorganização dos CSP / Unidades de Saúde Familiar / Agrupamentos de Centros de Saúde
	1970	1974	1983	1995	2002	2005
Mortalidade Infantil	57,9	37,9	19,3	7,5	5,0	3,5
Mortalidade por tosse convulsa	0,15	0,13	0,0	0,0	-	-
Mortalidade por tétano	1,65	1,65	0,34	0,16	-	-
Mortalidade por suicídio	-	9,5	9,8	7,3	10,1	8,7
Mortalidade por acidentes	-	-	-	24,1	19,9	13,3
Mortalidade por tuberculose	16,9	10,3	5,0	3,7	2,6	-
Esperança de vida ao nascimento	64,2	68,6	69,3	75,3	77,3	77,8

Quadro 3.6 - O contexto das Reformas - Actividade assistencial

	1970-1973 CS de 1ª Geração	1974-1982 Construção do SNS Período do Serviço Médico à Periferia	1983-1994 CS de 2ª Geração	1995-2001 Modelos organizativos experimentais dos Cuidados de Saúde Primários	2002-2004 Parcerias público – privadas nos Cuidados de Saúde Primários Estagnação	2005-... (em curso) Reorganização dos CSP / Unidades de Saúde Familiar / Agrupamentos de Centros de Saúde
	1970	1974	1983	1995	2002	2005
Número de consultas nos Centros de Saúde por 1.000 habitantes (excluindo o serviço de atendimento permanente)	1.744	-	2.428*	2.641	2.755	2.826
Total de consultas nos hospitais por 1.000 habitantes (excluindo o serviço de urgência)	305	-	428*	590	1076	865
Total de doentes saídos dos hospitais por 1.000 habitantes	72	-	90*	88	113	95
Total de consultas nos serviços de urgência dos hospitais por 1.000 habitantes	105	-	485*	594	684	641
Total de consultas nos serviço de atendimento permanente dos Centros de Saúde por 1.000 habitantes	-	-	-	487	610	562

* Dados de 1980

Quadro 3.7 - O contexto das Reformas - Situação económica geral do País

	1970-1973 CS de 1ª Geração	1974-1982 Construção do SNS Período do Serviço Médico à Periferia	1983-1994 CS de 2ª Geração	1995-2001 Modelos organizativos experimentais dos Cuidados de Saúde Primários	2002-2004 Parcerias público – privadas nos Cuidados de Saúde Primários Estagnação	2005-... (em curso) Reorganização dos CSP / Unidades de Saúde Familiar / Agrupamentos de Centros de Saúde
	1970	1974	1983	1995	2002	2005
% do PIB para a Saúde	2,5	3,7	5,6	7,8	9,0	9,7
Total da despesa em Saúde <i>per capita</i> a preços constantes (1)	123	230	369	794*	1078**	-

(1) Total da despesa em Saúde *per capita* a preços constantes; * *break series*; **estimativas; fonte: OECD Health Data 2006.

Página deixada em branco

4. OBJECTIVOS

A **finalidade** deste trabalho é desenvolver uma abordagem útil da satisfação no trabalho dos médicos de família a exercer nos centros de saúde portugueses.

A abordagem deverá ser útil em duas dimensões:

- para as várias partes envolvidas e interessadas na satisfação no trabalho dos médicos de família – dos cidadãos que usufruem dos serviços de saúde aos profissionais que os prestam, dos gestores das unidades de saúde aos responsáveis pela construção e implementação das políticas da Saúde;
- para o desenvolvimento do processo de abordagem da satisfação no trabalho - aumentar a compreensão do que é a satisfação no trabalho (compreensibilidade); desenvolver a competência de cada trabalhador, de cada organização, do sistema de saúde e da sociedade na mobilização de recursos endógenos e exógenos para fazer face ao que é essencial à satisfação no trabalho (maneabilidade); e reforçar a atitude de que ter satisfação no trabalho é um desafio que merece o empenho de todos e que o esforço de tentar construir uma situação de trabalho mais satisfatória para cada um das partes envolvidas é sempre relevante (significabilidade).

O **objectivo geral** é caracterizar e compreender a satisfação no trabalho dos médicos de família a exercer nos centros de saúde portugueses quanto ao seu significado, importância, processo e factores associados.

Para alcançar este objectivo optou-se por proceder a quatro estudos integrados num processo global de investigação-acção.

O primeiro dos estudos é da área da investigação metodológica, com a criação do instrumento de medida a utilizar nos outros estudos -

um questionário adequado para medir a satisfação no trabalho dos médicos de família portugueses^{1,2}.

O segundo é um estudo epidemiológico, observacional, transversal e analítico (com uma componente ecológica)³ da satisfação no trabalho dos médicos de família e das variáveis com que está associada numa amostra dos centros de saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo – 2002 - 2003.

O terceiro é um estudo observacional, transversal seriado e analítico³ da satisfação no trabalho dos médicos de família e das variáveis com que está associada em três momentos de um centro de saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo – 2000, 2004 e 2007 – e de uma Unidade de Saúde Familiar da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo em cada um dos três anos seguintes ao início da actividade desta unidade – 2007, 2008 e 2009.

O quarto e último é um estudo qualitativo, multicêntrico, de análise da opinião^{4,5} dos médicos de família, chefias intermédias e directores de centros de saúde de diferentes regiões do país sobre os factores associados à satisfação no trabalho por eles percebidos e, ainda, sobre as prioridades para a reforma dos centros de saúde, nomeadamente no sentido da melhoria da satisfação no trabalho.

Na investigação-acção há uma acção deliberada de transformação da realidade; existe o duplo objectivo de transformar a realidade e produzir os conhecimentos que dizem respeito às transformações realizadas. Há quatro características fundamentais da investigação-acção⁶:

- procura de soluções para problemas práticos
- colaboração entre investigadores e profissionais da área de investigação

- implementação de mudanças na prática
- desenvolvimento de teoria;

Dentro da investigação-acção há a investigação-acção participada (do termo anglo-saxónico "*participatory action research*") em que se atribui importância primordial à colaboração com os participantes da investigação (os profissionais da área em estudo), incluindo-os como co-investigadores ao longo de todo o processo de investigação, do desenho inicial à apresentação final dos resultados e discussão das implicações na prática⁷.

O processo global de investigação desta tese é, como já afirmado, um processo de investigação-acção em que o propósito inicial, explanado na finalidade da tese, é um problema prático - desenvolver uma abordagem útil da satisfação no trabalho dos médicos de família a exercer nos centros de saúde portugueses – para cuja solução são desenvolvidos estudos para o melhor caracterizar e propostas abordagens que são teorizadas, operacionalizadas e implementadas, tendo sempre como parceiros activos os profissionais que operam nas unidades estudadas, que utilizam e discutem os resultados dos estudos e usufruem das mudanças implementadas. A sucessão temporal dos estudos indica o carácter progressivo do processo, em que os resultados de um estudo apontam caminhos para o estudo seguinte e municiam a fundamentação das abordagens práticas que se vão propondo, que, por sua vez, geram resultados que são analisados em conjunto com os profissionais que as implementaram, reforçando a discussão dos resultados dos estudos que lhes deram origem e criando uma base fundamentada para o desenho de novos estudos.

Num dos estudos – o estudo 3 – a investigação-acção foi também participada. O autor desta tese trabalha no centro de saúde estudado, onde tem sido nos últimos doze anos, para além de médico

de família, coordenador do núcleo da qualidade. Durante toda a investigação, os métodos, os resultados e estratégias de abordagem prática foram sendo discutidos em reuniões abertas a todos os profissionais, sendo os resultados parciais que foram sendo obtidos incorporados nos relatórios anuais da actividade das unidades estudadas (ver anexo 1). Por outro lado, foi sendo desenvolvida no centro de saúde de Cascais, em discussão permanente com os profissionais que aí trabalham, uma abordagem estruturada da qualidade da actividade dos centros de saúde – com a constituição do Núcleo da Qualidade do CS de Cascais, a monitorização regular da qualidade organizacional, da satisfação no trabalho ou das áreas de satisfação e insatisfação dos cidadãos utentes do CS, *focus-groups* de cidadãos utentes e de profissionais, um sistema da qualidade baseada no referencial ISO ou o Pentágono da Qualidade. Este último ponto – o Pentágono da Qualidade (ver secção ...) – representa a síntese de um processo de desenvolvimento da qualidade ao longo de doze anos e que foi implementado, em pleno, na USF Marginal em 2007. O Pentágono da Qualidade foi fornecendo resultados (integrados nos relatórios oficiais da USF – ver anexo 1) que foram discutidos com a comunidade dos profissionais dessa USF e dessas discussões saíram resultados que foram incorporados no processo de investigação desta tese e no aperfeiçoamento do próprio Pentágono da Qualidade.

Os **objectivos específicos** de cada estudo são apresentados agora.

Estudo 1 – Construção e estudo da adequação do questionário de avaliação da satisfação no trabalho dos médicos de família portugueses

- 1.1 desenvolver um questionário para medir a satisfação no trabalho dos médicos de família;
- 1.2 determinar a adequação do questionário para medir a satisfação no trabalho dos médicos de família portugueses.

Estudo 2 - Satisfação no trabalho dos médicos de família dos centros de saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo em 2002 / 2003

- 2.1 caracterizar os médicos de família da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo quanto:
 - à satisfação no trabalho no centro de saúde,
 - à situação socioprofissional,
 - às expectativas em relação à carreira profissional,
 - às cognições para a saída ou a permanência na profissão, carreira e centro de saúde onde exercem,
 - à auto-apreciação do estado de saúde,
- 2.2 caracterizar os centros de saúde quanto:
 - às condições técnicas para a actividade clínica,
 - à actividade assistencial,
- 2.3 determinar a associação entre satisfação no trabalho dos médicos de família no centro de saúde, situação socioprofissional, expectativas em relação à carreira profissional, cognições para a saída ou a permanência na profissão, carreira e centro de saúde onde exercem, auto-apreciação do estado de saúde, condições técnicas dos centros de saúde para a actividade clínica e actividade assistencial dos médicos de família;

- 2.4 caracterizar as prioridades de mudança nos locais de trabalho identificadas pelos médicos de família dos centros de saúde;
- 2.5 caracterizar as fontes de stresse no trabalho identificadas pelos médicos de família dos centros de saúde.

Estudo 3 - Evolução da satisfação no trabalho dos médicos de família de um centro de saúde entre 2000 e 2007 e de uma unidade de saúde familiar entre 2007 e 2009

- 3.1 caracterizar, nos anos de 2000, de 2004 e de 2007, um centro de saúde e, nos anos 2007, 2008 e 2009, uma unidade de saúde familiar quanto:
 - à satisfação no trabalho dos médicos de família no centro de saúde,
 - à qualidade organizacional,
 - à satisfação do cidadão;
- 3.2 explorar as relações entre a satisfação no trabalho dos médicos de família, a qualidade organizacional e a satisfação do cidadão do centro de saúde e da unidade de saúde familiar considerados.

Estudo 4 - Opinião dos profissionais dos centros de saúde portugueses sobre os factores associados à satisfação no trabalho nestas unidades e as prioridades para a reforma dos cuidados de saúde primários

- 4.1 caracterizar a opinião dos profissionais dos centros de saúde portugueses sobre:
 - os factores associados à satisfação no trabalho nos centros de saúde portugueses;
 - as prioridades para a reforma dos cuidados de saúde primários.

5. POPULAÇÃO E MÉTODOS

5.1. População

As populações em análise nesta tese são:

- os médicos de família portugueses a exercerem a sua actividade nos centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde;
- os centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde.

As amostras variaram conforme os estudos realizados; ver secções respectivas para informação mais detalhada.

Quanto aos estudos 1 – Construção de um questionário adequado para medir a satisfação no trabalho dos médicos de família portugueses e 2 – Satisfação no trabalho dos médicos de família dos centros de saúde (CS) da Administração Regional de Saúde (ARS) de Lisboa e Vale do Tejo (LVT) em 2002 / 2003 utilizou-se uma amostragem bietápica dos médicos de família dos CS da ARS de LVT: procedeu-se primeiro a uma amostragem aleatória estratificada por sub-região de saúde – Lisboa, Setúbal e Santarém – de todos os centros de saúde da ARS de LVT, seleccionando-se 24 CS (num universo de 87). Em cada um desses centros de saúde incluíram-se todos os médicos de família que aí exerciam a sua actividade^{lvi}.

No estudo 3 – Satisfação no trabalho dos médicos de família de um centro de saúde da ARS de LVT em 2000, 2004 e 2007 e de uma Unidade de Saúde Familiar (USF) em 2007, 2008 e 2009 - procedeu-se a um estudo censitário dos MF a exercer a sua actividade nas unidades seleccionadas.

No estudo 4 - Opinião dos profissionais dos centros de saúde portugueses sobre os factores associados à satisfação no trabalho e as

^{lvi} Nos resultados, optou-se por excluir os de um dos centros de saúde por só se ter registado uma resposta.

prioridades para a reforma dos centros de saúde - fez-se uso de uma amostra intencional⁵ de médicos de família, chefias intermédias de várias profissões da saúde e directores de centros de saúde portugueses de várias zonas do país.

Nos estudos 1 a 3, as unidades de observação são médicos de família a exercer em Portugal e os centros de saúde portugueses: em alguns casos utilizaram-se variáveis calculadas ao nível individual e, em outros, variáveis calculadas ao nível do centro de saúde.

No estudo 4 - Opinião dos profissionais dos centros de saúde portugueses sobre os factores associados à satisfação no trabalho e as prioridades para a reforma dos centros de saúde - as unidades de observação são o médico de família, a chefia intermédia e o director de centros de saúde portugueses.

5.2 Métodos

Esta é uma investigação que utilizou técnicas multimétodos ou métodos mistos^{7,8,9} e que tentou integrar os resultados através da abordagem sugerida pela cristalização^{lvii}. A adesão à cristalização implica reconhecer que a investigação é um processo dinâmico com trajectos imprevisíveis, abrindo janelas para narrativas mais complexas e com potencial para reconciliar abordagens de investigação com

^{lvii} P. Thomas e colegas num artigo de 2005⁷ explica o conceito da cristalização, colocando-o em confronto com o de triangulação. Triangulação enfatiza a identificação de uma única verdade objectiva através da integração de diferentes avaliações de um mesmo problema enquanto que a cristalização enfatiza o contexto em que múltiplas verdades podem ser simultaneamente relevantes, numa concepção completamente alinhada com a teoria da complexidade, como as imagens de cristais que espontaneamente emergem de múltiplos componentes desconhecidos de uma solução saturada. A cristalização encoraja os investigadores a construir um quadro rico em que diferentes contributos são reconhecidos como partes de um conjunto complexo assim como a assumir que o propósito de uma investigação não é a descoberta de verdades únicas e exclusivas.

diferentes pressupostos, maneiras de ver o mundo ou epistemologias^{lviii}.

A escolha desta abordagem multi-canal e multi-metodológica decorre do paradigma de referência - teoria da complexidade (ver secção 2) – e de se considerar que em áreas multidimensionais, como a satisfação no trabalho, os problemas são mais apropriadamente abordados se considerados de múltiplas perspectivas, em termos de ópticas de abordagem e técnicas de obtenção de resultados, de modo a evitar visões unifocais e limitadas das situações, alcançando-se, assim, um entendimento mais abrangente das problemáticas em causa.

Para além da abordagem da cristalização e das técnicas multimétodos, optou-se também pela técnica da construção de instrumentos de medida adequados à especificidade da problemática em causa⁸ e da população estudada ao invés de utilizar instrumentos já construídos e não completamente alinhados com os objectivos do estudo.

Os resultados de todos estes estudos e análises passaram depois pelo crivo e engrandecimento dos “amplos espaços de conversação” referidos por H Mariotti¹⁰ – no caso, no caso, o grupo de acompanhamento da tese, a comunidade de profissionais das unidades incluídas no estudo ^{3lix}, os COPINS (COmunidade de Práticas de INvestigação em Saúde)^{lx}, os directores executivos e os elementos dos conselhos clínicos dos ACES^{lxi} e líderes de opinião na área dos cuidados de saúde primários^{lxii}. Os estudos e a análise feita dos seus resultados assim como as recomendações decorrentes dessa análise beneficiaram, portanto, da intergeração de ideias entre pessoas com

^{lix} Que o autor desta tese integra.

^{lx} Que o autor desta tese integra.

^{lxi} No âmbito de acções de formação integrados no programa PACES

^{lxii} Ver agradecimentos.

experiências e visões diversas, tendo-se tentado alcançar um entendimento mais integrador e virado para o mundo real e para as práticas relevantes dos centros de saúde. Quanto à tipologia de estudos, ver secção 4.

Os dados foram recolhidos entre o ano 2000 e o ano 2009 conforme os estudos. A fonte dos dados variou conforme os estudos (ver quadro sinóptico no final desta secção e as secções relativas a cada estudo):

- médicos de família;
- a Comissão (da Secção Regional Sul da Ordem dos Médicos) de Avaliação das Condições Técnicas para a Actividade dos Médicos de Família nos Centros de Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo;
- os centros de saúde estudados;
- a Administração Central do Sistema de Saúde; e
- a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

O instrumento de recolha dos dados dos médicos de família tinha várias secções (ver anexo 2):

- um questionário para avaliação da satisfação no trabalho dos médicos de família construído pelo autor (estudo 1);
- questões sobre auto-percepção do estado de saúde;
- questões sobre expectativas em relação à carreira;
- questões sobre cognições de intenção de profissão, de carreira ou de centro de saúde;
- questões sobre a caracterização socioprofissional dos médicos questionados.

O instrumento de recolha dos dados da Comissão (da Ordem dos Médicos) de Avaliação das Condições Técnicas para a Actividade dos Médicos de Família nos Centros de Saúde da Administração

Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo tinha nove secções (ver anexo 3)

- enquadramento geográfico e estrutural dos centros de saúde
- edifício
- equipamento
- recursos humanos
- formação profissional
- planeamento / organização
- sistemas de informação e comunicação
- atendimento
- satisfação profissional dos médicos de família

A lista e operacionalização das variáveis estudadas encontra-se no anexo 4.

O tipo de análise escolhido é desenvolvido nas secções relativas a cada estudo.

5.3 Delineamento dos Estudos

O quadro 5.1 (ver no final do capítulo, a seguir às referências bibliográficas; pag. 213 a 215) agrega e sintetiza objectivos, populações e métodos dos quatro estudos.

5.4 Considerações éticas

O estudo foi realizado mediante as autorizações necessárias das instituições envolvidas.

Os resultados do questionário eram anónimos, havendo no questionário uma secção inicial em que informava dos objectivos do

estudo, afirmando-se que a resposta ao questionário pressupunha a concordância com as condições nele previstas.

No caso dos *focus-groups*, todos os participantes foram informados, desde o primeiro contacto (por telefone ou, no caso de convite directo do profissional de saúde, face a face) dos objectivos e forma de participação (incluindo a duração prevista) do estudo. A confidencialidade dos dados foi garantida a todos os participantes, e foi-lhes explicado que a gravação das entrevistas tinha por único objectivo a transcrição e análise dos dados, no âmbito exclusivo dos objectivos do estudo. Antes do início de cada *focus group*, foi pedida a leitura atenta e subscrição de um consentimento informado.

A essência dos *focus groups* enquanto técnica de recolha de dados passa pelo respeito das diferenças de valores e experiências de todos os participantes e pela neutralidade dos investigadores (abstenção de aplicação dos seus valores e perspectivas às ideias dos participantes no estudo). Assim sendo, a condução dos *focus groups* foi feita de forma a garantir a neutralidade do moderador e que toda e qualquer opinião tivesse o maior respeito por parte de todos os participantes.

Foi comunicado aos elementos de contacto dos CS e aos participantes dos *focus groups* o momento previsto de divulgação dos resultados e onde poderiam ter acesso ao sumário executivo do estudo – tendo alguns participantes solicitado, com a anuência da equipa de investigação, o envio do mesmo para o seu endereço electrónico.

5.5 Discussão sobre População e Métodos

A escolha destes quatro estudos e respectivas populações e métodos decorre, como se disse, da assunção da teoria da complexidade como paradigma de enquadramento desta tese e das consequências daí decorrentes para o processo de investigação, assim como da finalidade de todo este trabalho – propor uma abordagem útil da satisfação no trabalho dos médicos de família para todas as partes interessadas.

No estudo 1 constroi-se um instrumento de medida especificamente alinhado com os objectivos do estudo que depois se utiliza nos dois estudos seguintes. Nestes dois estudos, 2 e 3, exploram-se as associações entre satisfação no trabalho e a actividade assistencial, procurando-se, no estudo 2, aprofundar as associações entre a satisfação no trabalho e as condições técnicas para a actividade clínica e, no estudo 3, a sua associação com a qualidade organizacional, nomeadamente a tipologia das organizações e o desenvolvimento estrutural e organizacional de cada uma das unidades (retirando partido do conhecimento de dentro das instituições por parte do investigador). No estudo 4 e nas questões de resposta aberta do estudo 2 tenta-se alcançar algumas das explicações para os dados quantitativos encontrados nos estudos 2 e 3.

Procurou-se, também, explorar toda a circularidade das relações assumidas no quadro conceptual apresentado, escolhendo-se variáveis em relação com cada um dos elementos desse quadro conceptual (fig 5.1 e 5.2; ver no final do capítulo, a seguir às referências bibliográficas; pag. 216 e 217).

As duas figuras seguintes ilustram o modelo global da satisfação no trabalho adoptado nesta tese (ver secção 2):

- o número do estudo em que aquela dimensão foi avaliada (em supra-escrito) (fig. 5.1; ver no final do capítulo, a seguir às referências bibliográficas; pag. 216);
- as variáveis estudadas e o número do estudo onde foram analisadas (em supra-escrito) (fig. 5.2; ver no final do capítulo, a seguir às referências bibliográficas; pag. 217).

Referências Bibliográficas

¹ Hill MM, Hill A. Investigação por questionário. 2nd ed Lisboa: Edições Sílabo, LDA; 2002.377p.

² Streiner DL, Norman GR. Health Measurement Scales: A Practical Guide to Their Development and Use. 4th ed. Oxford: Oxford University Press; 2008. 431 p.

³ Kelsey J, Petiti D, King A. Key methodologic concepts issues. In: Brownson R, Petitti D. Applied Epidemiology – Theory to practice. New York: Oxford University Press; 1998. p 35- 69.

⁴ Bailey K. Methods of social research.4th ed.New York: The free press; 1994. 588 p.

⁵ Patton MQ. Qualitative evaluation and research methods. 2nd ed. Newbury Park: Sage; 1990.

⁶ Holter IM, Schwartz-Barcott D. Action research: what is it? How has it been used and how can it be used in nursing? Journal of advanced nursing. 1993. 18: 298-304.

⁷ Thomas P, McDonnell J, McCulloch J, While A, Bosanquet N, Ferlie E. Increasing capacity for innovation in bureaucratic primary care organizations: a whole system participatory action research project. Ann Fam Med. Annals of Family Medicine [Internet]. 2005 [cited 2010 March 3];3: 312-317. Available: <http://www.annfammed.org/cgi/content/full/3/4/312/DC1>

⁸ Borkan J. Mixed Methods Studies: A Foundation for Primary Care Research. Annals of Family Medicine [Internet]. 2004 [cited 2010 March 3];2(1):4-6. Available: <http://www.annfammed.org/cgi/content/full/2/1/4>

⁹ Schillacci. Immunization Coverage and Medicaid Managed Care in New Mexico: A Multimethod Assessment. Ann Intern Fam Med [Internet]. 2004 Feb [cited 2010 March 3];2(1): 13-21. Available: <http://www.annfammed.org/cgi/content/abstract/2/1/13>

¹⁰ Mariotti H. Pensamento complexo – suas aplicações à liderança, à aprendizagem e ao desenvolvimento sustentável. São Paulo: Editora Atlas S.A.; 2007. 203 p.

Objectivo Geral	Caracterizar e compreender a satisfação no trabalho dos médicos de família a exercer nos centros de saúde portugueses			
Estudos	1	2	3	4
TÍTULO	Construção e estudo da adequação do questionário de avaliação da satisfação no trabalho dos médicos de família (MF) portugueses	Satisfação profissional dos MF dos centros de saúde (CS) da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) em 2002 / 2003	Satisfação profissional dos MF de um CS da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo em 2000, 2004 e 2007 e de uma Unidade de Saúde Familiar (USF) em 2007, 2008 e 2009	Opinião dos profissionais dos CS portugueses sobre os factores associados à satisfação no trabalho dos MF e as prioridades para a reforma dos cuidados de saúde primários
OBJECTIVOS	1.1 desenvolver um questionário para medir a satisfação no trabalho (ST) dos MF; 1.2 determinar a adequação do questionário para medir a satisfação no trabalho dos MF portugueses	2.1 caracterizar os MF da ARSLVT quanto: <ul style="list-style-type: none"> • à satisfação no trabalho no centro de saúde, • à situação socioprofissional, • às expectativas em relação à carreira profissional, • às cognições para a saída ou a permanência na profissão, carreira e centro de saúde onde exercem, • à auto-apreciação do estado de saúde, 2.2 caracterizar os CS quanto: <ul style="list-style-type: none"> • às condições técnicas para a actividade clínica, • à actividade assistencial, 2.3 determinar a associação entre satisfação no trabalho dos MF no CS, situação socioprofissional, expectativas em relação à carreira profissional, cognições para a saída ou a permanência na profissão, carreira e CS onde exercem, auto-apreciação do estado de saúde, condições técnicas dos CS para a actividade clínica e actividade assistencial dos MF; 2.4 caracterizar as prioridades de mudança nos locais de trabalho identificadas pelos MF dos CS; 2.5 caracterizar as fontes de stress no trabalho identificadas pelos MF dos CS	3.1 caracterizar, nos anos de 2000, de 2004 e de 2007, um centro de saúde e, nos anos 2007, 2008 e 2009, uma unidade de saúde familiar quanto: <ul style="list-style-type: none"> • à satisfação no trabalho dos MF no centro de saúde, • à qualidade organizacional, • à satisfação do utente; 3.2 explorar as relações entre a satisfação no trabalho dos MF, a qualidade organizacional e a satisfação do utente do centro de saúde e da unidade de saúde familiar considerados	4.1 caracterizar a opinião dos profissionais dos CS portugueses sobre: <ul style="list-style-type: none"> • os factores associados à satisfação no trabalho dos MF nos CS portugueses; • as prioridades para a reforma dos cuidados de saúde primários

Estudos	1	2	3	4
TÍTULO (Continuação)	Construção de um questionário adequado para medir a satisfação no trabalho dos médicos de família (MF) portugueses	Satisfação profissional dos MF dos centros de saúde (CS) da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo em 2002 / 2003	Satisfação profissional dos MF de um CS da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo em 2000, 2004 e 2007 e de uma Unidade de Saúde Familiar (USF) em 2007, 2008 e 2009	Opinião dos profissionais dos CS portugueses sobre os factores associados à satisfação no trabalho dos MF e as prioridades para a reforma dos cuidados de saúde primários
TIPO DE ESTUDO	Construção e estudo da adequação de instrumento de medida	Estudo epidemiológico (com uma componente ecológica) observacional, transversal e analítico da satisfação no trabalho dos MF e das variáveis com que está associada	Estudo observacional, transversal seriado descritivo	Estudo qualitativo, transversal e multicêntrico
POPULAÇÃO E AMOSTRAGEM	MF dos CS da ARS de LVT; Amostragem bietápica dos MF dos CS da ARS de LVT: primeiro amostragem aleatória estratificada dos CS sendo incluídos todos os MF de cada um dos CS Unidades e tamanho amostrais: 24 CS e 448 MF	MF dos CS da ARS de LVT; Amostragem bietápica dos MF dos CS da ARS de LVT: primeiro amostragem aleatória estratificada dos CS sendo incluídos todos os MF desses CS. Unidades e tamanho amostrais: 24 CS e 448 MF	CS: MF de um CS; Censo; Unidades amostrais: entre 58 e 74 MF. USF: MF de uma USF; Censo; Unidade e tamanho amostrais: entre 10 e 11 MF	Amostra intencional ^{biii} de MF, chefias intermédias de várias profissões e directores de CS portugueses Unidade e tamanho amostrais: 20 MF, directores de CS e chefias intermédias

Estudos	1	2	3	4
TÍTULO (Continuação)	Construção de um questionário adequado para medir a satisfação no trabalho dos médicos de família (MF) portugueses	Satisfação profissional dos MF dos centros de saúde (CS) da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo em 2002 / 2003	Satisfação profissional dos MF de um CS da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo em 2000, 2004 e 2007 e de uma Unidade de Saúde Familiar (USF) em 2007, 2008 e 2009	Opinião dos profissionais dos CS portugueses sobre os factores associados à satisfação no trabalho dos MF e as prioridades para a reforma dos cuidados de saúde primários
TÉCNICA E DATA DE RECOLHA DOS DADOS	Questionário; Focus-Groups; 2002/2003; 2007; 2010	Questionário; 2002/2003	CS: Questionário; 2000; 2004; e 2007; USF: Questionário; 2007; 2008; e 2009	<i>Focus groups</i> ; 2007
TIPO DE ANÁLISE E RESPONDENTES	Análise factorial: Alpha de Cronbach, correlações, teste t para duas amostras independentes, ANOVA. Respondentes: 290 MF	Para o estudo de associações de variáveis de razão, de intervalos, ordinais ou nominais utilizaram-se os testes correlações, teste t para duas amostras independentes, ANOVA e modelos de regressão linear múltipla; Para o estudo das questões de resposta aberta, utilizou-se a análise de conteúdo pelo método temático de codificação e interpretação com uma abordagem quantitativa (análise categorial); Respondentes: 290 MF	Descritiva. CS: respondentes variaram entre 43 e 54 MF; USF: respondentes variaram entre 10 e 11 MF	Análise de conteúdo pelo método temático de codificação e interpretação com abordagem não quantitativa
CRISTALIZAÇÃO	Avaliação do estado de satisfação no trabalho dos MF; Avaliação das associações da satisfação no trabalho com factores organizacionais dos CS, actividade assistencial dos CS e características individuais dos MF. Análise de conteúdo das questões de resposta aberta e dos <i>focus-groups</i> . Tipo de análise: métodos mistos; cristalização			
CONCLUSÕES	Proposta de um modelo de abordagem da satisfação no trabalho dos MF dos CS portugueses			

ARS – Administração Regional de Saúde; CS - Centros de saúde; LVT – Lisboa e Vale do Tejo; MF- Médicos de família; ST – Satisfação no trabalho; USF - Unidade de Saúde Familiar.

Quadro 5.1- Quadro sinóptico de População e Métodos

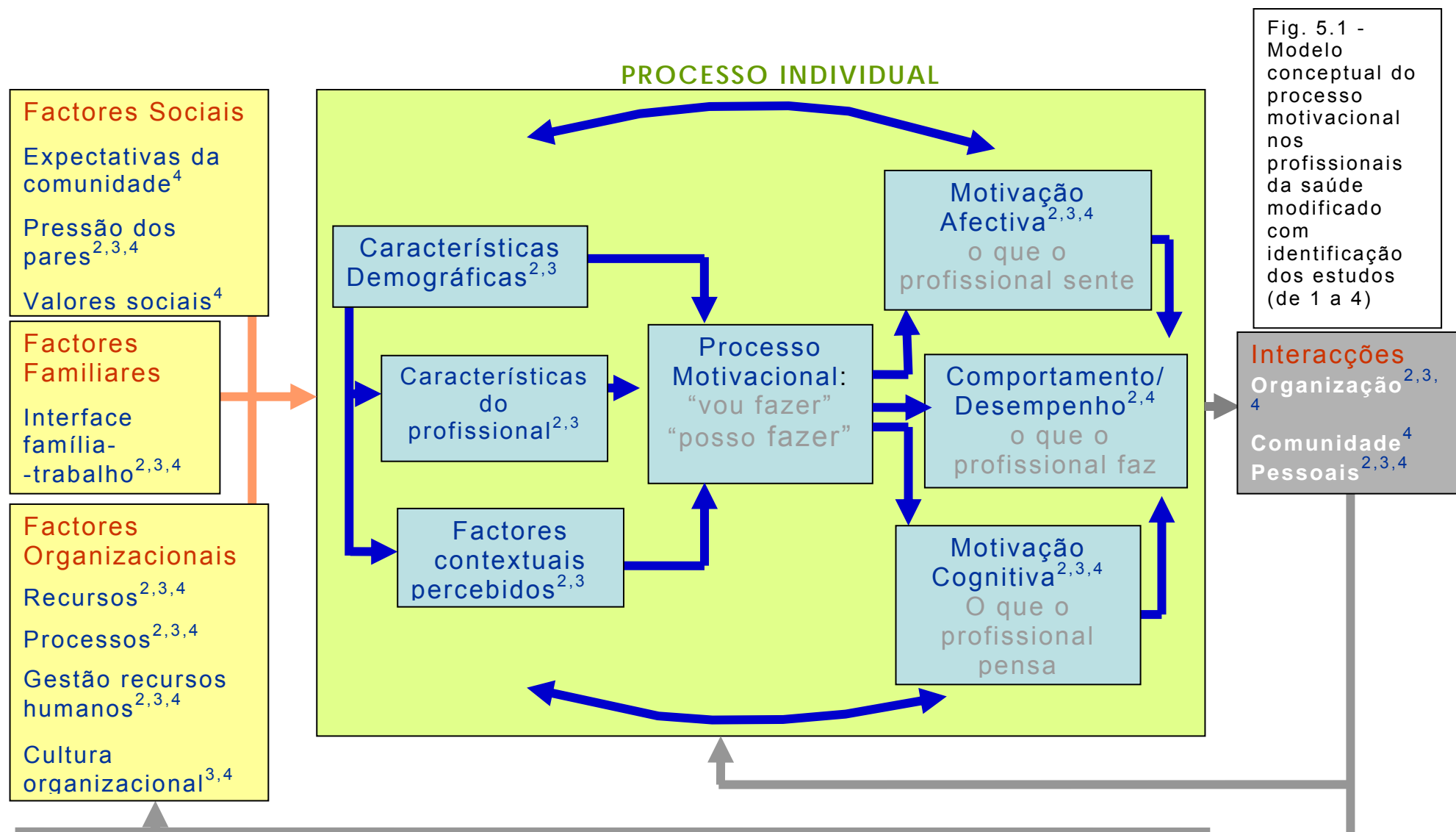


Fig. 5.1 - Modelo conceptual do processo motivacional nos profissionais da saúde modificado com identificação dos estudos (de 1 a 4)

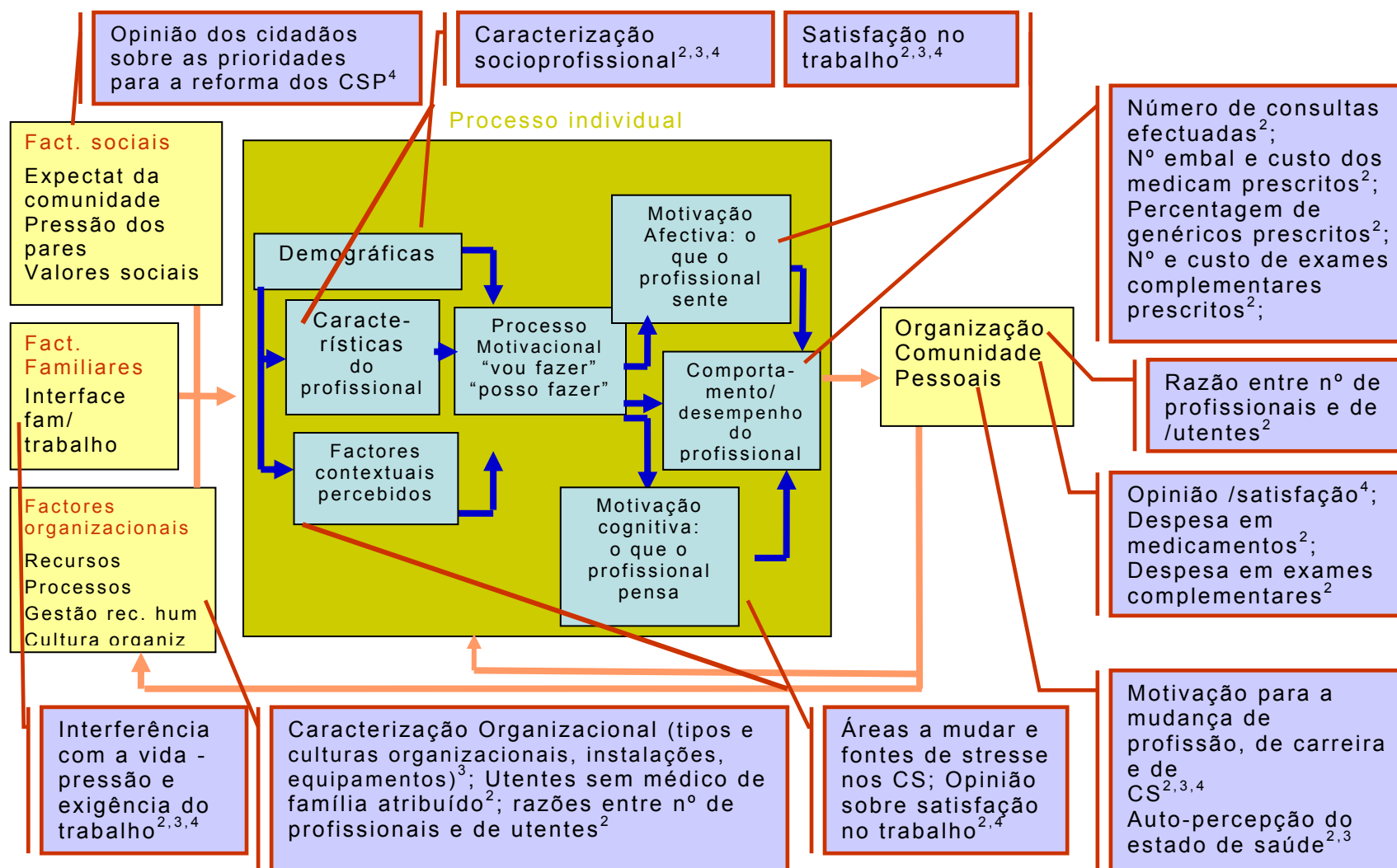


Fig. 5.2 - Variáveis estudadas e posição no modelo onde foram analisadas

6.1 Estudo 1 - Construção e estudo da adequação^{lxiv} do questionário de avaliação da satisfação no trabalho dos médicos de família portugueses

São objectivos deste estudo:

- 1.3** desenvolver um questionário para medir a satisfação no trabalho dos médicos de família;
- 1.4** determinar a adequação do questionário para medir a satisfação no trabalho dos médicos de família portugueses.

A apresentação deste estudo está organizada em três fases:

- população e métodos;
- resultados; e
- conclusão e avaliação final do questionário.

6.1.1 População e Métodos

Esta secção divide-se em quatro partes:

- 1 - construção do questionário;
- 2 - modos de administração do questionário;

^{lxiv} No sítio da Internet "Ciberdúvidas" constata-se que o Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa regista dois nomes relacionados com o verbo adequar: adequabilidade, significando «qualidade ou condição do que é adequável», e adequação, com a acepção geral de «ajustamento disciplinado a; acomodação, conformidade». O primeiro deriva do adjectivo adequável, que significa «passível de se adequar; adaptável, ajustável», enquanto o segundo deriva directamente do tema verbal de adequar. Apesar de a única referência encontrada em português ser "determinação da adequacidade"¹ mas que não está registada nos dicionários consultados, optou-se pelo termo "adequação" – estudo da adequação. Usualmente, utiliza-se o termo validação – validação de instrumento de medida – no entanto, o estudo da validade é uma parte do estudo da adequação como se verá mais à frente e não parece correcto designar pelo mesmo termo uma parte de um processo e o processo na sua totalidade.

- 3 - estratégia para o estudo da adequação do questionário para avaliar a satisfação no trabalho dos médicos de família portugueses; e
- 4 - universo em estudo e amostragem.

6.1.1.1 Construção do questionário de avaliação da satisfação no trabalho dos médicos de família portugueses

A construção de um questionário passa primeiro pela selecção das questões a integrar no mesmo, depois pela análise da interpretabilidade das questões e, por fim, pelo estudo da sua homogeneidade, o que se vai apresentar nesta sub-secção. Depois destas fases, e como se trata do que se classifica como uma variável latente tem de se proceder ao estudo do questionário no sentido de avaliar a sua adequação para medir a variável latente na população estudada¹, o que se fará mais à frente.

6.1.1.1.1 Selecção das questões a integrar no questionário

O primeiro passo na construção de um questionário é, como se disse, a selecção das questões que o vão integrar. O questionário utilizado nesta tese foi construído pelo autor de acordo com a revisão bibliográfica efectuada (ver secção 2) e tendo como base o questionário “Font Roja – AP”^{ixv} adequado para medir satisfação no trabalho dos médicos de clínica geral do Sector Público de Espanha². A versão portuguesa inicial do questionário foi constituída por 24 itens. Cada item era constituído por uma afirmação a propósito da qual era pedido que se optasse por uma das 5 classes de respostas de uma escala de Likert - *Muito de acordo, De acordo, Nem de acordo nem*

^{ixv} O autor do questionário autorizou a tradução.

em desacordo, Em desacordo, e Muito em desacordo, como o exemplo seguinte

A13 - Ocupo o posto que mereço.

Muito de acordo	De acordo	Nem de acordo nem em desacordo	Em desacordo	Muito em desacordo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Todas as questões foram formuladas no mesmo sentido positivo (por ex. item 11 – “O meu trabalho é reconhecido”), significando a concordância com a afirmação uma manifestação de satisfação no trabalho. A quantificação desta variável qualitativa, como todas as questões estavam formuladas de um modo positivo, foi efectuada atribuindo o valor 1 à opção *Muito em desacordo*, 2 à *Em desacordo* e consecutivamente até um máximo de 5 à opção *Muito de acordo*.

As primeiras 22 questões foram adaptadas do questionário “Font Roja – AP”. O processo de tradução e validação linguística foi efectuado, procedendo-se à tradução das questões para língua portuguesa por tradutor bilingue e médico, tendo como língua materna o português; posteriormente, contratraduziu-se para a língua castelhana a versão portuguesa por outro tradutor bilingue médico, tendo como língua materna o castelhano; e finalmente o autor, em conjunto com os dois tradutores, comparou esta última versão com a versão inicial para discutir as frases em que o sentido tivesse sido alterado durante o processo. Em nenhum dos casos o sentido da frase resultara alterado pelo que se considerou que a tradução tinha sido bem sucedida. Melhoraram-se, no entanto, algumas das frases.

Foram, ainda, introduzidas duas questões referentes a uma dimensão não contemplada no estudo espanhol mas que foi considerado ser pertinente para Portugal - as condições para o

exercício profissional (Questões 21 e 22 do questionário final): “*O meu gabinete tem as condições físicas suficientes para o meu trabalho*” e “*No meu Centro de Saúde existem condições para um bom exercício da minha profissão*”.

Os resultados da tradução e contra-tradução do questionário “Font Roja – AP” são apresentados de seguida: a primeira linha é a frase do questionário original, a segunda a tradução, a terceira a contratradução e a 4ª a final e que foi introduzida no questionário.

1 - El trabajo nunca es el mismo todos los días.

O trabalho nunca é o mesmo todos os dias.

El trabajo jamaes es el mismo todos los días.

Sinto que o meu trabalho nunca é o mesmo todos os dias.

2 - Al final de la jornada me encuentro descansado.

No final de um dia de trabalho sinto-me descansado(a).

En el final de un día de trabajo me siento descansado.

No final de um dia de trabalho não me sinto cansado(a).

3 - Desconecto del trabajo en casa facilmente.

Em casa, desligo-me facilmente do trabalho.

En casa, me es facil desconectar del trabajo.

Em casa, desligo-me facilmente do trabalho.

4 - Pocas veces me tengo que emplegar a fondo.

Acontece poucas vezes ter que me aplicar a fundo (no trabalho).

Me ocurre pocas veces tener que dedicarme a fondo.

Poucas vezes tenho que me aplicar a fundo no trabalho.

5 - Pocas veces el trabajo altera mi animo.

Acontece poucas vezes o trabalho alterar o meu estado de espírito.

Me ocurre pocas veces que el trabajo me altere el estado de ánimo.

Poucas vezes o trabalho altera negativamente o meu ânimo.

6 - En mi trabajo me encuentro muy satisfecho.

Sinto-me muito satisfeito(a) no meu trabalho.

Me siento muy satisfecho en mi trabajo.

Esta questão não foi introduzida na versão portuguesa por tal ter sido sugerido pelo estudo de homogeneidade, descrito à frente, e por se considerar que fazia uma previsão do resultado final, por ser uma avaliação geral daquilo que se quer medir o que, segundo a literatura, poderia afectar a validade do questionário^{ref}.

7 - Tengo independencia para organizar mi trabajo.

Tenho autonomia para organizar o meu trabalho.

Tenho autonomia para organizar mi labor.

Tenho autonomia para organizar o meu trabalho.

8 - Tengo oportunidad de aprender cosas nuevas.

Tenho oportunidade de aprender coisas novas.

Tengo la oportunidad de aprender cosas nuevas

Tenho oportunidade de aprender coisas novas.

9 - Tengo interés por las cosas que hago.

Tenho interesse pelas coisas que faço.

Tengo interés por las cosas que hago.

Tenho interesse pelas coisas que faço.

10 - Tengo la idea de que lo que hago vale la pena.

Penso que aquilo que faço vale a pena.

Me parece que lo que hago vale la pena.

Esta questão foi igualmente retirada da versão final do questionário por não surgir em nenhum factor com um peso suficiente no primeiro estudo de validação efectuado.

11 - Obtengo reconocimiento por mi trabajo.

Obtenho reconhecimento pelo meu trabalho.

Ou

O meu trabalho é reconhecido.

Mi trabajo es reconocido.

O meu trabalho é reconhecido.

12 - La relacion con los coordinadores es cordial.

A relação com as chefias é cordial.

La relacion con los superiores es cordial.

A relação com as chefias é cordial (existe um bom relacionamento).

13 - La relacion con los companeros es cordial.

A relação com os colegas é cordial.

La relacion con los companeros es cordial.

A relação com os colegas é cordial (existe um bom relacionamento).

14 - El sueldo es adecuado.

O salário é adequado.

El sueldo es adecuado.

O salário é adequado.

15 - Ocupo el puesto que merezco.

Ocupo o posto que mereço.

Tengo el cargo que merezco.

Ocupo o posto que mereço.

16 - Tengo posibilidades de promocion.

Tenho possibilidades de ser promovido(a).

Tengo posibilidades de promocion.

Tenho possibilidades de promoção.

17 - No me encuentro agobiado por el factor tiempo.

Não me sinto pressionado(a) pelo factor tempo.

El factor tiempo no me presiona.

Não me sinto muito pressionado(a) pelo factor tempo.

18 - Se lo que se espera de mi en el trabajo.

Sei o que se espera de mim no trabalho.

Se lo que se espera de mi en el trabajo.

Sei o que se espera de mim no trabalho.

19 - Puedo con el trabajo que tengo que realizar.

Dou conta do trabalho que tenho de realizar.

Me doy conta del trabajo que tengo que realizar.

Dou conta do trabalho que tenho de realizar.

20 - Me encuentro capacitado para mi trabajo.

Encontro-me capacitado para o meu trabalho.

Me encuentro capacitado para mi trabajo.

Encontro-me capacitado para o meu trabalho.

21 - Tengo recursos suficientes para el trabajo.

Tenho recursos suficientes para o meu trabalho.

Tengo los recursos suficientes para mi trabajo.

Tenho acesso a recursos suficientes para o meu trabalho.

22 - La competitividad no es un problema para mí.

A competitividade não constitui problema para mim.

La competitividad no constituye un problema para mi.

No trabalho, a competitividade não constitui problema para mim.

A escala de Likert utilizada foi traduzida do seguinte modo:

		Ni de		
Muy de	De	acuerdo,	En	Muy en
acuerdo	acuerdo	ni en	desacuerdo	desacuerdo
		desacuerdo		

		Nem de		
Muito de	De	acordo,	Em	Muito em
acordo	acordo	nem em	desacordo	desacordo
		desacordo		

6.1.1.1.2 Interpretabilidade das questões a integrar no questionário

A primeira utilização do questionário ocorreu em 1995 numa amostra de conveniência de 9 médicos de família da Sub-Região de Saúde de Lisboa para testar a interpretabilidade do questionário. Todas as questões foram consideradas claras e de fácil interpretação.

6.1.1.1.3 Avaliar a homogeneidade do questionário

O racional desta característica dos questionários – a sua homogeneidade - é que se as questões dizem respeito a diferentes aspectos de uma mesma variável latente, então devem estar correlacionados umas com as outras^{1,3}. Quando, como é o caso, se considera que as várias questões podem estar agrupadas entre elas em factores, ou seja, que dentro da variável latente maior (no caso satisfação no trabalho) podem coexistir outras variáveis latentes (por ex. condições para o exercício profissional ou pressão no trabalho, etc) compostas pelas questões do questionário e cuja avaliação conjunta permite avaliar a variável latente maior, então deve ser usada a análise factorial^{1,3,4,5} para avaliar a homogeneidade do questionário^{lxvi}.

O estudo da homogeneidade do questionário foi efectuado igualmente no estudo de 1995 numa amostra aleatória de 300 médicos de família da Sub-Região de Saúde de Lisboa (25,15 % do universo). Obteve-se uma taxa de respostas válidas para análise de

^{lxvi} O texto seguinte de Pestana MH e Gageiro JN resume a técnica da análise factorial e a sua utilidade: "A análise factorial é um conjunto de técnicas estatísticas que procura explicar a correlação entre as variáveis observáveis, simplificando os dados através da redução do número de variáveis necessárias para os descrever. Pressupõe a existência de um número menor de variáveis não observáveis subjacentes aos dados (factores), que expressam o que existe de comum nas variáveis originais. ... Esta análise permite ainda avaliar a validade das variáveis que constituem os factores, informando se medem ou não os mesmos conceitos..."⁵. A análise factorial, portanto, evidencia o modo como os sujeitos interpretam as situações avaliadas, indicando as variáveis que, na população que é estudada, estão relacionadas entre si e as que não estão, permitindo saber até que ponto diferentes variáveis têm subjacente o mesmo conceito. É uma técnica útil também para a redução do número de questões num questionário evidenciando as questões que se correlacionam com cada uma das outras e com o conjunto de todas mais ou menos fortemente, contribuindo ou não para a homogeneidade do questionário e apoiando a decisão de eliminar ou manter uma questão no questionário. Nesta fase do estudo, a análise factorial foi utilizada com este fim.

40,7 %, sendo os 118^{lxvii} questionários obtidos utilizados para avaliar a homogeneidade das 24 questões³ através da análise factorial. A análise factorial resultante levou à exclusão de duas das 24 questões (*"10 - Tengo la idea de que lo que hago vale la pena."* e *"6 - En mi trabajo me encuentro muy satisfecho"*) e concluiu-se que as duas novas questões introduzidas relativas às condições para o exercício profissional (*"O meu gabinete tem as condições físicas suficientes para o meu trabalho"* e *"No meu Centro de Saúde existem condições para um bom exercício da minha profissão"*) faziam sentido para a avaliação da satisfação no trabalho dos médicos de família a exercer nos centros de saúde portugueses e contribuía para a homogeneidade do questionário pelo que foram incorporadas. Optou-se aqui por não se apresentarem dados mais desenvolvidos deste estudo porque o interesse destes resultados foi ultrapassado pelo estudo da adequação que se apresenta mais à frente na secção 6.2 e em que se voltou a utilizar análise factorial agora na versão do questionário com as 22 questões finais.

A análise factorial reduziu então as 24 questões iniciais para as 22 actuais.

Seguem-se as questões finais do questionário (para ver o questionário na sua forma final ver o anexo 2):

- 1 *Sinto que o meu trabalho nunca é o mesmo todos os dias.*
- 2 *No final de um dia de trabalho não me sinto cansado(a).*
- 3 *Em casa, desligo-me facilmente do trabalho.*
- 4 *Poucas vezes tenho que me aplicar a fundo no trabalho.*

lxvii O tamanho da amostra foi pensado apenas para se conseguir obter um número suficiente de casos para se poder aplicar a análises factorial – 5 casos para cada questão num mínimo de 100 casosref (em relação às 24 questões iniciais: $24 \times 5 = 120$; em relação às 22 questões finais: $22 \times 5 = 110$)⁵⁴.

- 5 *Poucas vezes o trabalho altera negativamente o meu ânimo.*
- 6 *Tenho autonomia para organizar o meu trabalho.*
- 7 *Tenho oportunidade de aprender coisas novas.*
- 8 *Tenho interesse pelas coisas que faço.*
- 9 *O meu trabalho é reconhecido.*
- 10 *A relação com as chefias é cordial (existe um bom relacionamento).*
- 11 *A relação com os colegas é cordial (existe um bom relacionamento).*
- 12 *O salário é adequado.*
- 13 *Ocupo o posto que mereço.*
- 14 *Tenho possibilidades de promoção.*
- 15 *Não me sinto muito pressionado(a) pelo factor tempo.*
- 16 *Sei o que se espera de mim no trabalho.*
- 17 *Dou conta do trabalho que tenho de realizar.*
- 18 *Encontro-me capacitado para o meu trabalho.*
- 19 *Tenho acesso a recursos suficientes para o meu trabalho.*
- 20 *No trabalho, a competitividade não constitui problema para mim.*
- 21 *O meu gabinete tem as condições físicas suficientes para o meu trabalho.*
- 22 *No meu Centro de Saúde existem condições para um bom exercício da minha profissão.*

6.1.1.2 Administração do questionário

O questionário foi estruturado para poder ser auto-administrado. Existe uma versão em papel (ver anexo 2) e uma versão informatizada que poder ser acedida no endereço do sítio da Internet de resposta <http://www.ihmt.unl.pt/questionario/> com as seguintes instruções: *utilizador: teste; palavra-passe: 1234.*

A bibliografia assegura que não existe diferença nas características psicométricas dos questionários que determinam a sua adequação aos objectivos e à população estudada quando se passa de versões em papel para versões informatizadas³.

6.1.1.3 Estratégia para o estudo da adequação do questionário para avaliar a satisfação no trabalho dos médicos de família portugueses

A adequação de um instrumento de medida como um questionário é determinada pelo estudo da sua validade e da sua fiabilidade^{1,36}. Alguns autores autonomizam ainda mais três passos no estudo da adequação dos questionários, outros afirmam que estes três passos adicionais fazem parte dos primeiros dois – validade e fiabilidade^{1,3}. Nesta tese, sem querer resolver esta polémica, considerou-se existir vantagem em dedicar secções individualizadas a estes passos adicionais: poder de resposta, poder de interpretação e peso do questionário.

A colheita dos dados para este estudo foi efectuada por administração do questionário em versão de papel auto-preenchida entregue em mão aos médicos seleccionados. As respostas eram confidenciais e os dados foram registados numa base de dados informática com referência apenas a um número de série que não era possível fazer corresponder a um dado respondente mas apenas a

uma unidade de saúde. Para visualizar todas as variáveis e o modo como estas foram operacionalizadas para a análise estatística ver anexo 4.

6.1.1.4 Universo em estudo e amostragem

Em 2002/2003, quando se realizou o estudo 2 (ver secção 6.2), obteve-se uma amostra de maiores dimensões e que abrangia uma zona territorial superior – toda a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARS de LVT) - e optou-se por se proceder a nova determinação da adequação do questionário para avaliar a satisfação no trabalho dos médicos de família portugueses.

6.1.1.4.1 Tipo de amostragem

Utilizou-se uma amostragem bietápica dos médicos de família dos CS da ARSLVT: procedeu-se primeiro a uma amostragem aleatória estratificada por sub-região de saúde – Lisboa, Setúbal e Santarém - de todos os centros de saúde da ARSLVT , seleccionando-se 24 CS (num universo de 87) e nesses centros de saúde incluíram-se todos os médicos de família que aí exerciam a sua actividade^{lxviii}.

6.1.1.4.2 Cálculo da dimensão da amostra

O cálculo da dimensão para uma média foi efectuado assumindo-se populações infinitas, o desconhecimento da variação do fenómeno (como a classificação pode variar entre 1 e 5 - 4 unidades - dividindo por 6 - hipotéticos desvios-padrão, 3 para cada lado da média – obtém-se uma estimativa do desvio-padrão de 0,67), optando-se por uma precisão de 0,08 – que se afigura aceitável para os objectivos da investigação e escala do instrumento de medida

^{lxviii} Nos resultados, optou-se por excluir os de um dos centros de saúde por só se ter registado uma resposta.

utilizado – e um alfa de 0,05. Obteve-se uma dimensão da amostra de 269 unidades de acordo com o cálculo seguinte

$$n = \frac{\left(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta}\right)^2}{\Delta^2}$$

Uma vez que se previa uma taxa de resposta entre os 60 e os 70%, o tamanho da amostra devia situar-se entre as 448 e as 384 unidades amostrais. Tendo em conta o tamanho médio dos CS, previu-se que 24 CS chegassem para alcançar esse número.

Para efeitos de análise factorial, a regra a seguir, uma vez que o questionário tinha mais de 15 questões foi de cinco unidades amostrais por cada questão^{1,4,5}. Como o questionário tinha 22 questões, são necessárias 110 unidades amostrais para se poder aplicar a técnica da análise factorial.

6.1.1.4.3 Universo, unidades amostrais e taxas de resposta

Da amostra de 448 médicos de família dos 24 Centros de Saúde da ARSLVT seleccionados (de um universo de 2003 médicos de família – ver Quadro 6.1), responderam 307, o que corresponde a uma taxa de respostas de 68,5% (Quadro 6.2). Destes, apenas 290 tinham respostas válidas para o questionário de satisfação no trabalho (era necessário responder a todas as 22 questões para se poderem contabilizar as respostas), o que corresponde uma taxa de respostas válidas de 64,7%.

Estes valores situam-se nas dimensões adequadas de acordo com o cálculo apresentado em 6.1.1.4.2.

	Total de Centros de Saúde	Total de Extensões	Total de Residentes 1991*	Total de Residentes 2001*	Total de Inscritos CS 2001*	Total Médicos CG/MF
SUB-REGIÃO DE LISBOA	45	163	2048190	2136013	2396832	1322
SUB-REGIÃO DE SETÚBAL	20	85	712594	788459	803331	431
SUB-REGIÃO DE SANTARÉM	22	172	444890	454506	490750	250
TOTAIS	87	420	3205674	3378978	3690913	2003

*Fonte: ARSLVT

Quadro 6.1. – Caracterização dos Centros de Saúde da ARSLVT

	Total de Centros de Saúde	Centros de Saúde incluídos na amostra	Total Médicos CG/MF em todos os CS	Amostra	Respondentes	Respostas válidas
SUB-REGIÃO DE LISBOA	45	12	1322 (29,4 MF por CS)	265	196 (74,0%)	182 (68,7%)
SUB-REGIÃO DE SETÚBAL	20	6	431 (21,6 MF por CS)	84	47 (56,0%)	45 (53,6%)
SUB-REGIÃO DE SANTARÉM	22	6	250 (11,4 MF por CS)	99	64 (64,6%)	63 (63,6%)
TOTAIS	87	24	2003 (23,0 MF por CS)	448	307 (68,5%)	290 (64,7%)

Quadro 6.2. – Respondentes ao questionário de satisfação no trabalho

Sub-Região de Saúde	CS	Data de Avaliação (mês/ano)	Amostra	Recebidos (% -taxa de resposta)	Válidos (% taxa de resposta)
Lisboa	A	06/2002	17	14 (82,4%)	14 (82,4%)
Lisboa	B	06/2002	15	14 (93,3%)	14 (93,3%)
Lisboa	C	06/2002	25	20 (80,0%)	19 (76,0%)
Lisboa	D**	10/2002; 11/2002	6	1 (16,7%)	-
Lisboa	E	10/2002	26	19 (73,1%)	16 (61,5%)
Lisboa	F	09/2002	22	21 (95,5%)	20 (90,5%)
Lisboa	G	01/2003	32	22 (68,8%)	18 (56,3%)
Lisboa	H	09/2002	25	20 (80,0%)	20 (80,0%)
Lisboa	I	01/2003	12	12 (100%)	10 (83,3%)
Lisboa	J	02/2003;05/2003; 07/2003	26	12 (46,2%)	11 (42,3%)
Lisboa	K	09/2003	42	25 (59,5%)	25 (59,5%)
Lisboa	L	01/2003;05/2003	17	16 (94,1%)	15 (88,2%)
Santarém	M	09/2002	24	9 (37,5%)	9 (37,5%)
Santarém	N	05/2003	13	10 (76,9%)	9 (69,2%)
Santarém	O	10/2002	4	4 (100%)	4 (100%)
Santarém	P	07/2003	6	5 (83,3%)	5 (83,3%)
Santarém	Q	03/2003;07/2003	33	15 (45,5%)	14 (42,4%)
Santarém	R	01/2003	4	4 (100%)	4 (100%)
Setúbal	S	01/2003;05/2003	7	4 (57,1%)	4 (57,1%)
Setúbal	T	06/2002	7	7 (100%)	7 (100%)
Setúbal	U	01/2003;05/2003	35	12 (34,3%)	12 (34,3%)
Setúbal	V	07/2003	9	9 (100%)	8 (88,9%)
Setúbal	X	10/2002	23	19 (82,6%)	19 (82,6%)
Setúbal	Y	10/2002	18	13 (72,2%)	13 (72,2%)
		Sub-Região de Lisboa	265	196 (74,0%)	182 (68,7%)
		Sub-Região de Santarém	84	47 (56,0%)	45 (53,6%)
		Sub-Região de Setúbal	99	64 (64,6%)	63 (63,6%)
		Total	448	307 (68,5%)	290 (64,7%)

*Respostas válidas para análise são as que respondiam a todas as questões do questionário – só estas é que foram consideradas nas pontuações. ** Os resultados do CS D foram anulados por só haver uma resposta

Quadro 6.3 – Universo, respostas recebidas e válidas para o Questionário SP-MGF dos vários Centros de Saúde (percentagens em relação ao universo)

6.1.2 Resultados

São apresentados aqui os resultados do estudo da adequação do questionário nas cinco dimensões propostas: validade, fiabilidade, poder de resposta, poder de interpretação e peso.

6.1.2.1 Validade do questionário

A validade de um questionário (em inglês *validity*) representa a capacidade do instrumento em medir aquilo que é suposto medir^{3,6}. São identificados três tipos de validade: de conteúdo, de critério^{1,3} (ou prática) e teórica (ou de *construct*)^{1,3,6} que, obviamente, não são estanques.

A validade de critério^{1,3} é aquela que se obtém da comparação entre os resultados do instrumento de medida que estamos a avaliar e outra medida da característica que o instrumento mede que seja considerada um padrão externo de referência, de preferência um "gold-standard". Não foi possível assegurar neste estudo esta comparação dada a inexistência de um 'gold-standard' para avaliar a satisfação no trabalho dos médicos de família. Avaliaram-se os outros dois tipos de validade.

6.1.2.1.1 Validade de conteúdo

A validade de conteúdo é o grau em que a medida abarca as dimensões do conceito que se pretende estudar. O objectivo é certificarmos-nos de que o questionário abarca os domínios relevantes do conceito que se quer estudar.

A validade de conteúdo deste questionário foi estudada pela avaliação qualitativa das várias questões do questionário com base:

na análise da bibliografia existente – o questionário em avaliação foi baseado num questionário anterior (“Font Roja –AP”) que foi validado para os médicos de família espanhóis², e as dimensões avaliadas no questionário estão em sintonia com as que têm sido avaliadas e consideradas relevantes em outros estudos⁷ (ver secção 2):

na opinião dos inquiridos (foi inserida uma secção de comentários na aplicação já referida de 1995) – maioritariamente foi considerado que não existiam questões irrelevantes e que estavam incluídas as dimensões importantes para avaliar a satisfação no trabalho dos médicos de família;

na opinião de outros médicos consultados ao longo destes anos de aplicação do questionário – estes não sugeriram alterações relevantes à estrutura do questionário, salientando apenas a questão da estabilidade no emprego que tem vindo a ganhar importância crescente mas que ainda não é relevante numa área, como a medicina, em que praticamente não existe desemprego em Portugal;

pelo nível de alinhamento encontrado entre os factores determinados pela análise factorial e os grupos temáticos da análise de conteúdo dos *focus groups* sobre satisfação no trabalho de 2007 (ver estudo 4) – de ressaltar que os participantes nos *focus groups* concordaram em que as áreas resultantes dos factores da análise factorial efectuada eram as áreas mais importantes a abordar num questionário sobre satisfação no trabalho no sector dos cuidados de saúde primários;

pelo nível de alinhamento encontrado entre os factores determinados pela análise factorial e os grupos temáticos da análise de conteúdo das questões de resposta aberta - “O que é que

mudava, e como, no seu local de trabalho (refira apenas os 3 pontos mais importantes)?" e "Quais são as suas 3 principais fontes de stresse no local de trabalho?" inseridas no questionário aplicado nessa fase - 2002/2003 (ver estudo 2) – os grupos temáticos mais representados quantitativa e qualitativamente estão presentes nos factores encontrados pela análise factorial.

Da análise da revisão bibliográfica internacional (ver secções 2) nomeadamente da identificação das características associadas ao trabalho que produzem as experiências subjectivas de satisfação/insatisfação identificadas nos estudos efectuados e nas escalas utilizadas para a medida da satisfação no trabalho em vários sectores de actividade, e da comparação com questões incluídas no questionário resulta a correspondência descrita no quadro 6.4.

Áreas identificadas na bibliografia como relevantes quando se avalia satisfação no trabalho	Questões do questionário
A organização e a direcção (por ex. políticas de benefício, de salários, de recursos humanos), a progressão na carreira, as perspectivas de promoção e as recompensas salariais (os quantitativos e a forma como são distribuídos – equidade)	<p>22 - No meu Centro de Saúde existem condições para um bom exercício da Clínica Geral.</p> <p>7 - Tenho oportunidade de aprender coisas novas.</p> <p>16 - Sei o que se espera de mim no trabalho.</p> <p>12 - O salário é adequado.</p> <p>6 - Tenho autonomia para organizar o meu trabalho.</p> <p>9 - O meu trabalho é reconhecido.</p> <p>18 - Encontro-me capacitado para o meu trabalho.</p> <p>6 - Tenho autonomia para organizar o meu trabalho.</p> <p>14 - Tenho possibilidades de promoção.</p> <p>13 - Ocupo o posto que mereço.</p>
As condições de trabalho (horário, períodos de descanso, local do trabalho, aspectos ergonómicos), o suporte ao trabalho por parte da organização (financeiro, de material, de recursos humanos, de informação), a disponibilidade de tempo, os benefícios (como seguros de saúde, férias, pensões, utilização pessoal de viatura de serviço, de computador, de telefone, etc), comodidades no local de trabalho (como serviços de correio, bancários, limpeza de roupa, etc) e a segurança no trabalho	<p>22 - No meu Centro de Saúde existem condições para um bom exercício da Clínica Geral.</p> <p>7 - Tenho oportunidade de aprender coisas novas.</p> <p>16 - Sei o que se espera de mim no trabalho.</p> <p>12 - O salário é adequado.</p> <p>21 - O meu gabinete tem as condições físicas suficientes para a consulta.</p> <p>19 - Tenho acesso a recursos suficientes para o meu trabalho.</p> <p>15 - Não me sinto muito pressionado(a) pelo factor tempo.</p>
As chefias (incluindo o estilo de liderança, as capacidades técnicas e administrativas, a qualidade da supervisão e qualidade do relacionamento interpessoal) e o reconhecimento (por exemplo elogios ou críticas)	<p>10 - A relação com as chefias é cordial (existe um bom relacionamento).</p> <p>6 - Tenho autonomia para organizar o meu trabalho.</p> <p>14 - Tenho possibilidades de promoção.</p> <p>13 - Ocupo o posto que mereço.</p>
Os colegas de trabalho (a competência que manifestam, o apoio que prestam, a amizade que expressam) e o reconhecimento (por exemplo elogios ou críticas), os subordinados	<p>11 - A relação com os colegas é cordial (existe um bom relacionamento).</p> <p>20 - No trabalho, a competitividade não constitui problema para mim.</p> <p>6 - Tenho autonomia para organizar o meu trabalho.</p>
A quantidade de trabalho, a qualidade do trabalho, a variedade do trabalho, a dificuldade do trabalho e as possibilidades de êxito	<p>4 - Poucas vezes tenho que me aplicar a fundo no trabalho.</p> <p>2 - No final de um dia de trabalho não me sinto cansado(a).</p> <p>15 - Não me sinto muito pressionado(a)</p>

	<p>pelo factor tempo.</p> <p>7 - Tenho oportunidade de aprender coisas novas.</p> <p>8 - Tenho interesse pelas coisas que faço.</p> <p>17 - Dou conta do trabalho que tenho de realizar.</p> <p>18 - Encontro-me capacitado para o meu trabalho.</p> <p>1 - Sinto que o meu trabalho nunca é o mesmo todos os dias.</p> <p>20 - No trabalho, a competitividade não constitui problema para mim;</p>
As oportunidades de aprendizagem	<p>7 - Tenho oportunidade de aprender coisas novas.</p> <p>8 - Tenho interesse pelas coisas que faço.</p> <p>18 - Encontro-me capacitado para o meu trabalho.</p>
A autonomia, a responsabilidade, a autoridade e o controlo sobre os métodos	<p>6 - Tenho autonomia para organizar o meu trabalho.</p> <p>11 - A relação com os colegas é cordial (existe um bom relacionamento).</p> <p>10 - A relação com as chefias é cordial (existe um bom relacionamento).</p> <p>16 - Sei o que se espera de mim no trabalho.</p> <p>18 - Encontro-me capacitado para o meu trabalho.</p>
A estabilidade do emprego	<p>20 - No trabalho, a competitividade não constitui problema para mim.</p>
A satisfação intrínseca geral	<p>8 - Tenho interesse pelas coisas que faço.</p>
O conflito trabalho/ família	<p>3 - Em casa, desligo-me facilmente do trabalho.</p> <p>5 - Poucas vezes o trabalho altera negativamente o meu ânimo.</p> <p>2 - No final de um dia de trabalho não me sinto cansado(a).</p>
O estatuto social	<p>9 - O meu trabalho é reconhecido.</p>
O <i>locus</i> de controlo (crenças sobre as próprias capacidades de controlo e influência)	<p>18 - Encontro-me capacitado para o meu trabalho.</p> <p>17 - Dou conta do trabalho que tenho de realizar.</p> <p>19 - Tenho acesso a recursos suficientes para o meu trabalho.</p> <p>6 - Tenho autonomia para organizar o meu trabalho.</p> <p>20 - No trabalho, a competitividade não constitui problema para mim.</p> <p>16 - Sei o que se espera de mim no trabalho.</p>
O stresse (e o <i>burnout</i>), o bem-estar físico (as doenças cardíacas em particular), o bem-estar psicológico e a satisfação com a vida em geral	<p>3 - Em casa, desligo-me facilmente do trabalho.</p> <p>4 - Poucas vezes tenho que me aplicar a fundo no trabalho.</p> <p>5 - Poucas vezes o trabalho altera negativamente o meu ânimo.</p>

	<p>2 - No final de um dia de trabalho não me sinto cansado(a).</p> <p>15 - Não me sinto muito pressionado(a) pelo factor tempo.</p> <p>17 - Dou conta do trabalho que tenho de realizar.</p> <p>20 - No trabalho, a competitividade não constitui problema para mim.</p>
A implicação organizacional, o envolvimento no trabalho e o comportamento de cidadania organizacional	<p>8 - Tenho interesse pelas coisas que faço.</p> <p>16 - Sei o que se espera de mim no trabalho.</p> <p>9 - O meu trabalho é reconhecido.</p> <p>3 - Em casa, desligo-me facilmente do trabalho.</p> <p>6 - Tenho autonomia para organizar o meu trabalho.</p>
As cognições de abandono da organização	Foram incluídas nas outras secções que acompanham o questionário da satisfação no trabalho
O absentismo, a pontualidade e o <i>turnover</i>	
A idade, o sexo, as aptidões pessoais, a instrução, a experiência, as competências para a função e o desempenho pessoal	Foram incluídas nas outras secções que acompanham o questionário da satisfação no trabalho
As características genéticas (como uma predisposição genética para se estar satisfeito e insatisfeito com o trabalho, identificada com base em estudos com gémeos) e a afectividade negativa (tendência de manifestação de emoções negativas)	Não estão contempladas mas são consideradas não fundamentais
A adesão a sindicatos por parte dos trabalhadores, o absentismo e a pontualidade	Não estão contempladas mas são consideradas não fundamentais e a associação com a satisfação é considerada fraca

Quadro 6.4 - Correspondência entre áreas identificadas na bibliografia como relevantes quando se avalia satisfação no trabalho e questões do questionário

Da análise deste quadro vemos que todas as dimensões consideradas importantes na bibliografia estão contempladas na grande maioria com mais de uma questão do questionário e que não existe nenhuma questão do questionário que não esteja relacionada com uma das áreas que é necessário considerar quando se avalia satisfação no trabalho.

No estudo “O Momento Actual da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal 2009/2010 – Questionário aos Coordenadores das Unidades de Saúde Familiar”⁸ (2010) descrito na secção 2 questionaram-se os coordenadores de todas as USF- Unidades de Saúde Familiares em actividade em Janeiro de 2010 sobre “Quais as áreas que um questionário sobre satisfação no trabalho numa USF deve contemplar?”, tendo-se concluído que as dimensões incluídas no questionário aqui avaliado correspondem a todas as áreas consideradas importantes pelos coordenadores das USF e nenhuma é considerada irrelevante dadas as altas pontuações obtidas para cada uma.

Pode-se, portanto, concluir que o questionário tem a validade de conteúdo necessária para se considerar que mede satisfação no trabalho dos médicos de família.

6.1.2.1.2 Validade teórica ou de construto

Na validade de construto (um construto é uma teoria para explicar as relações entre os itens) o investigador colhe evidência empírica para suportar a inferência de que determinada medida tem significado; implica a comparação com medidas seleccionadas (por ex. avaliar fenómenos que sabemos evoluírem numa dada direcção em relação à área que queremos avaliar, testá-los na mesma altura do instrumento de medida em avaliação e ver a correlação; se esta for forte a teoria explicativa, o construto, fica fortalecida; é o que também se chama a validade convergente; a divergente é quando se comparam medidas que não devem estar relacionadas entre si ou se faz a comparação de grupos extremos (por ex. aplicar o instrumento de medida a um grupo que sabemos que não tem a característica que estamos a querer avaliar com o instrumento de medida e a outro que a tem e ver os resultados da aplicação do instrumento de medida nos dois grupos) ou ainda a predição de

distribuição de pontuações entre diferentes grupos (por ex. na análise factorial, que nesta é designada validade factorial – ver mais à frente)^{1,3}.

A demonstração da validade teórica é um processo contínuo, nunca acabado; quantos mais testes forem feitos para provar este construto mais forte vai ficando. A evidência na validade teórica vem não de um estudo único e poderoso, mas de uma série estudos com resultados coerentes.

É, igualmente, uma abordagem não-específica e, logo, não é expectável que se obtenham relações muito fortes.

Neste estudo a validade teórica foi testada através de dois destes métodos: validade factorial e validade convergente.

6.1.2.1.2.1 Validade factorial

“A análise factorial pode ser exploratória quando trata a relação entre as variáveis sem determinar em que medida os resultados se ajustam a um modelo, ou confirmatória, quando compara os resultados obtidos com os que constituem a teoria.”⁵ Grande parte destas questões faziam parte de um questionário anterior (Font Roja APref) mas que foi concebido para clínicos gerais espanhóis. Por outro lado, foram retiradas algumas questões e adicionadas outras para irem ao encontro de uma realidade que, embora semelhante à situação dos médicos espanhóis, tem uma especificidade portuguesa. Esta especificidade foi documentada na experiência do autor como médico de família e como dirigente associativo assim como na análises de estudos anteriores na área da satisfação no trabalho dos médicos de família portugueses⁹ pelo que se considera que análise agora efectuada pode ser considerada confirmatória, mas mais porque foi possível dar sentido e explicar os factores encontrados nesta análise no contexto em que o questionário foi aplicado: os

médicos de família a exercer nos centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde português.

De acordo com Hill e Hill¹, quando a fiabilidade não é perfeita, ou seja, quando existe erro de medição, o que é o mais frequente, a melhor solução é não analisar a variância associada ao erro e, portanto, nestes casos, deve-se usar uma técnica que não entre em linha de conta com este tipo de variância, como é o caso da análise factorial (em vez de utilizar por ex a análise de componentes principais que avalia todo o tipo de variância). Segundo Pett⁴, o erro de medição pode ser calculado utilizando a fórmula $(1 - \alpha^2) \times 100$. No caso do questionário utilizado neste estudo:

$$(1 - 0,824^2) \times 100 = (1 - 0,68) \times 100 = 32\%$$

ou seja 32% da variância pode ser atribuída ao erro de medição. Neste caso, portanto a escolha da análise factorial é a mais correcta.

A utilização da análise factorial é condicionada pela verificação de alguns pressupostos:

um mínimo de resposta válidas (N) por variável (K), encontrado pela seguinte regra⁵

$$N = 50, \quad \text{se } K \leq 5$$

$$N = 10 \times K, \quad \text{se } 5 < K \leq 15$$

$$N = 5 \times K, \quad \text{se } K > 15.$$

no questionário que se está agora a tentar validar, $K = 22$, e, logo, o número mínimo de respostas válidas deveria ser de, pelo menos, 110, o que foi largamente ultrapassado pelas 290 respostas válidas utilizadas;

o teste de esfericidade de Bartlett deve ser estatisticamente significativo – o que se verifica neste caso (ver quadro 6.5)⁴;

a medida de adequacidade da amostra, KMO, deve apresentar valores superiores a 0,6 - neste questionário situa-se nos 0,781⁴;

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		0,781
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	1668,524
	df	231
	p	<0,001

Quadro 6.5 - Medida de adequacidade da amostra de Kaiser-Meyer-Olkin

e a MSA (Measures of Sampling Adequacy), a medida da adequação da amostra para uso da análise factorial⁵ - deve situar-se, para todas as variáveis, sempre acima de 0,6 - no actual questionário apresenta valores entre 0,633 e 0,859 (ver Quadro 6.6 dividida em 4 por razão do seu tamanho - MSA assinaladas com (a) na parte da Anti-image Correlation).

Quadro 6.6 – Análise factorial - Matrizes anti-imagem

		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11
Anti-image Covariance	Q1	,709	-,034	,050	-,008	-,055	-,051	-,099	-,153	-,049	,111	-,050
	Q2	-,034	,643	-,130	-,177	-,150	,075	-,058	-,022	-,032	,025	-,015
	Q3	,050	-,130	,781	-,110	-,077	-,124	,097	-,035	,012	,061	-,038
	Q4	-,008	-,177	-,110	,749	-,007	-,037	,018	,092	-,004	,064	,070
	Q5	-,055	-,150	-,077	-,007	,651	-,034	,083	-,071	-,104	-,018	-,047
	Q6	-,051	,075	-,124	-,037	-,034	,644	-,018	-,045	-,083	-,133	-,039
	Q7	-,099	-,058	,097	,018	,083	-,018	,608	-,136	-,149	,060	-,121
	Q8	-,153	-,022	-,035	,092	-,071	-,045	-,136	,557	,021	-,075	,016
	Q9	-,049	-,032	,012	-,004	-,104	-,083	-,149	,021	,546	-,140	-,010
	Q10	,111	,025	,061	,064	-,018	-,133	,060	-,075	-,140	,671	-,169
	Q11	-,050	-,015	-,038	,070	-,047	-,039	-,121	,016	-,010	-,169	,776
	Q12	-,019	,011	-,042	,027	-,027	,039	,051	,009	-,102	,067	-,051
	Q13	,038	,013	-,015	-,046	,021	-,102	-,090	-,050	,019	-,090	,012
	Q14	-,089	,008	,019	-,033	,007	,030	,011	-,097	-,130	,007	,043
	Q15	,014	-,154	,028	-,038	-,084	-,136	-,023	,037	,034	-,010	,029
	Q16	,064	-,036	-,033	,097	-,021	,025	-,010	-,107	,013	-,016	,038
	Q17	-,047	,023	-,069	-,039	-,006	-,013	-,020	,015	-,071	,065	,002
	Q18	,026	,043	-,003	-,006	-,094	-,012	,034	-,104	,083	,005	-,029

	Q19	-,014	,040	-,017	-,109	,011	-,024	-,073	,008	-,008	-,049	,003
	Q20	-,055	-,052	-,045	,040	,103	-,050	,042	-,017	-,025	,044	-,151
	Q21	,001	,015	,006	-,066	,056	-,024	,025	-,002	,011	-,018	-,005
	Q22	,030	-,064	,025	,059	-,075	,007	-,017	-,023	-,022	-,009	,008

a Measures of Sampling Adequacy(MSA)

		Q12	Q13	Q14	Q15	Q16	Q17	Q18	Q19	Q20	Q21	Q22
Anti- imag e Covar iance	Q1	-,019	,038	-,089	,014	,064	-,047	,026	-,014	-,055	,001	,030
	Q2	,011	,013	,008	-,154	-,036	,023	,043	,040	-,052	,015	-,064
	Q3	-,042	-,015	,019	,028	-,033	-,069	-,003	-,017	-,045	,006	,025
	Q4	,027	-,046	-,033	-,038	,097	-,039	-,006	-,109	,040	-,066	,059
	Q5	-,027	,021	,007	-,084	-,021	-,006	-,094	,011	,103	,056	-,075
	Q6	,039	-,102	,030	-,136	,025	-,013	-,012	-,024	-,050	-,024	,007
	Q7	,051	-,090	,011	-,023	-,010	-,020	,034	-,073	,042	,025	-,017
	Q8	,009	-,050	-,097	,037	-,107	,015	-,104	,008	-,017	-,002	-,023
	Q9	-,102	,019	-,130	,034	,013	-,071	,083	-,008	-,025	,011	-,022
	Q10	,067	-,090	,007	-,010	-,016	,065	,005	-,049	,044	-,018	-,009
	Q11	-,051	,012	,043	,029	,038	,002	-,029	,003	-,151	-,005	,008
	Q12	,764	-,224	-,025	-,100	-,020	,070	,038	-,068	-,001	,018	-,001
	Q13	-,224	,662	-,146	,018	-,023	-,031	,008	,053	-,014	,036	-,038
	Q14	-,025	-,146	,662	-,064	-,074	,069	-,018	-,082	,024	-,015	,023
	Q15	-,100	,018	-,064	,702	,044	-,098	-,008	-,095	,002	-,035	,062
	Q16	-,020	-,023	-,074	,044	,729	-,178	-,002	-,054	-,139	-,044	,032
	Q17	,070	-,031	,069	-,098	-,178	,638	-,249	-,078	-,007	,040	-,011
	Q18	,038	,008	-,018	-,008	-,002	-,249	,724	-,005	-,104	-,017	,028
	Q19	-,068	,053	-,082	-,095	-,054	-,078	-,005	,590	-,020	-,030	-,108
	Q20	-,001	-,014	,024	,002	-,139	-,007	-,104	-,020	,817	-,022	-,006
	Q21	,018	,036	-,015	-,035	-,044	,040	-,017	-,030	-,022	,371	-,250
	Q22	-,001	-,038	,023	,062	,032	-,011	,028	-,108	-,006	-,250	,327

Matrizes anti-imagem (continuação)

		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11
Anti- ima ge Cor rela tion	Q1	,820 (a)	-,050	,067	-,011	-,081	-,075	-,150	-,244	-,079	,161	-,068
	Q2	-,050	,773(a)	-,184	-,254	-,232	,117	-,092	-,037	-,054	,038	-,021
	Q3	,067	-,184	,740(a)	-,144	-,108	-,175	,141	-,052	,019	,084	-,049
	Q4	-,011	-,254	-,144	,633(a)	-,010	-,054	,027	,142	-,006	,091	,092
	Q5	-,081	-,232	-,108	-,010	,820(a)	-,053	,132	-,119	-,175	-,027	-,066
	Q6	-,075	,117	-,175	-,054	-,053	,859(a)	-,030	-,075	-,140	-,203	-,055
	Q7	-,150	-,092	,141	,027	,132	-,030	,808(a)	-,234	-,259	,094	-,176
	Q8	-,244	-,037	-,052	,142	-,119	-,075	-,234	,849(a)	,039	-,123	,025
	Q9	-,079	-,054	,019	-,006	-,175	-,140	-,259	,039	,846(a)	-,232	-,015
	Q10	,161	,038	,084	,091	-,027	-,203	,094	-,123	-,232	,749(a)	-,234
	Q11	-,068	-,021	-,049	,092	-,066	-,055	-,176	,025	-,015	-,234	,788(a)

	Q12	-,026	,016	-,054	,035	-,038	,056	,074	,015	-,158	,094	-,066
	Q13	,055	,020	-,020	-,066	,032	-,157	-,141	-,082	,032	-,135	,016
	Q14	-,129	,013	,026	-,046	,010	,045	,018	-,160	-,216	,011	,061
	Q15	,020	-,230	,038	-,053	-,125	-,203	-,036	,059	,056	-,014	,039
	Q16	,089	-,053	-,044	,131	-,031	,037	-,014	-,168	,021	-,023	,050
	Q17	-,069	,036	-,098	-,056	-,009	-,020	-,032	,025	-,121	,099	,003
	Q18	,036	,063	-,004	-,008	-,137	-,017	,051	-,163	,133	,007	-,038
	Q19	-,021	,064	-,025	-,164	,017	-,038	-,122	,014	-,013	-,078	,005
	Q20	-,073	-,072	-,057	,052	,141	-,069	,059	-,025	-,038	,060	-,190
	Q21	,002	,031	,011	-,126	,115	-,048	,052	-,005	,025	-,037	-,010
	Q22	,062	-,140	,049	,118	-,162	,014	-,037	-,053	-,053	-,019	,016

Matrizes anti-imagem (continuação)

a Measures of Sampling Adequacy(MSA)

		Q12	Q13	Q14	Q15	Q16	Q17	Q18	Q19	Q20	Q21	Q22
Anti-image Correlation	Q1	-,026	,055	-,129	,020	,089	-,069	,036	-,021	-,073	,002	,062
	Q2	,016	,020	,013	-,230	-,053	,036	,063	,064	-,072	,031	-,140
	Q3	-,054	-,020	,026	,038	-,044	-,098	-,004	-,025	-,057	,011	,049
	Q4	,035	-,066	-,046	-,053	,131	-,056	-,008	-,164	,052	-,126	,118
	Q5	-,038	,032	,010	-,125	-,031	-,009	-,137	,017	,141	,115	-,162
	Q6	,056	-,157	,045	-,203	,037	-,020	-,017	-,038	-,069	-,048	,014
	Q7	,074	-,141	,018	-,036	-,014	-,032	,051	-,122	,059	,052	-,037
	Q8	,015	-,082	-,160	,059	-,168	,025	-,163	,014	-,025	-,005	-,053
	Q9	-,158	,032	-,216	,056	,021	-,121	,133	-,013	-,038	,025	-,053
	Q10	,094	-,135	,011	-,014	-,023	,099	,007	-,078	,060	-,037	-,019
	Q11	-,066	,016	,061	,039	,050	,003	-,038	,005	-,190	-,010	,016
	Q12	,741(a)	-,315	-,035	-,137	-,026	,100	,050	-,101	-,001	,034	-,001
	Q13	-,315	,801(a)	-,221	,026	-,033	-,048	,012	,085	-,019	,072	-,082
	Q14	-,035	-,221	,849(a)	-,094	-,107	,107	-,026	-,131	,033	-,030	,049
	Q15	-,137	,026	-,094	,794(a)	,062	-,147	-,012	-,148	,003	-,069	,129
	Q16	-,026	-,033	-,107	,062	,784(a)	-,261	-,003	-,082	-,181	-,084	,065
	Q17	,100	-,048	,107	-,147	-,261	,719(a)	-,366	-,128	-,010	,082	-,025
	Q18	,050	,012	-,026	-,012	-,003	-,366	,665(a)	-,008	-,136	-,033	,058
	Q19	-,101	,085	-,131	-,148	-,082	-,128	-,008	,877(a)	-,029	-,064	-,245
	Q20	-,001	-,019	,033	,003	-,181	-,010	-,136	-,029	,756(a)	-,040	-,011
	Q21	,034	,072	-,030	-,069	-,084	,082	-,033	-,064	-,040	,651(a)	-,718
	Q22	-,001	-,082	,049	,129	,065	-,025	,058	-,245	-,011	-,718	,668(a)

a Measures of Sampling Adequacy(MSA)

Matrizes anti-imagem (continuação)

Estão, portanto, cumpridas todas as condições para se poder aplicar análise factorial, pelo que é possível aplicá-la a estes resultados. Utilizou-se análise factorial com método de extracção por análise das componentes principais com rotação Varimax^{4,5}.

A análise factorial “procura explicar a correlação entre as variáveis observáveis, simplificando os dados através da redução do número de variáveis necessárias para os descrever; pressupõe a existência de um número menor de variáveis não observáveis subjacentes aos dados (factores comuns ou variáveis latentes); que expressam o que existe de comum nas variáveis originais”⁵ (um factor é um *construct* ou dimensão responsável pela relação entre variáveis); “esta técnica permite ainda avaliar a validade das variáveis que constituem os factores” (ou o conjunto do questionário) “informando se medem ou não os mesmos conceitos”⁵. A análise factorial é um “procedimento estatístico multivariado que permite transformar um conjunto de variáveis iniciais correlacionadas entre si noutro conjunto com um menor número de variáveis não correlacionadas entre si (ortogonais) e designadas de componentes principais, que resultam de combinações lineares das variáveis iniciais, reduzindo a complexidade de interpretação dos dados”⁵. “Os coeficientes (*loadings* ou pesos) definem cada uma das novas variáveis, sendo escolhidos de modo a que as variáveis derivadas (componentes principais) expliquem a máxima variação nos dados originais e não estejam correlacionados entre si”⁵. “As componentes principais são calculados por ordem decrescente de importância, isto é, a primeira explica a máxima variância dos dados, a segunda a máxima variância ainda não explicada pela primeira, e assim sucessivamente”⁵. “A variância das componentes designa-se por valores próprios (*eigenvalues*) cujo tamanho descreve a dispersão dos dados”⁵.

Podem ser utilizados vários métodos de rotação das variáveis “de modo a que os factores sejam mais facilmente interpretáveis, porque torna os *loadings* elevados ainda mais elevados e os baixos ainda mais baixos, tendendo a fazer desaparecer os valores intermédios”⁵. Os métodos de rotação podem ser oblíquos ou ortogonais, como o Varimax que se utilizou neste caso.

Obtiveram-se os resultados apresentados no quadro 6.7.

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	4,941	22,459	22,459	4,941	22,459	22,459	2,253	10,242	10,242
2	1,874	8,516	30,975	1,874	8,516	30,975	2,228	10,129	20,372
3	1,769	8,043	39,018	1,769	8,043	39,018	2,217	10,078	30,449
4	1,571	7,140	46,158	1,571	7,140	46,158	2,030	9,230	39,679
5	1,188	5,399	51,557	1,188	5,399	51,557	1,888	8,582	48,261
6	1,114	5,063	56,621	1,114	5,063	56,621	1,839	8,360	56,621
7	,984	4,471	61,092						
8	,918	4,172	65,264						
9	,822	3,735	68,999						
10	,772	3,509	72,508						
11	,732	3,328	75,837						
12	,694	3,154	78,990						
13	,664	3,016	82,006						
14	,614	2,793	84,799						
15	,553	2,515	87,314						
16	,522	2,373	89,688						
17	,488	2,218	91,906						
18	,471	2,141	94,047						
19	,410	1,863	95,910						
20	,385	1,751	97,660						
21	,322	1,463	99,123						
22	,193	,877	100,000						

Quadro 6.7 - Análise factorial com extracção por análises de componentes principais e rotação varimax

Os critérios consensuais para se decidir o número de factores com que se permanece no final do processo da análise factorial são os seguintes:

- o *eigenvalue* deve ser maior do que 1^{1,4,5}
- a partir do exame do *scree plot*: o número de factores a reter é encontrado quando o último factor é responsável por uma pequena parte da variância, menos de 5%⁴ (é o nosso caso – ver figura 6.1 e quadro 6.7);
- o critério final para decidir o número de factores – é a sua interpretação e utilidade, ou seja, tem de fazer sentido em termos teóricos⁴.

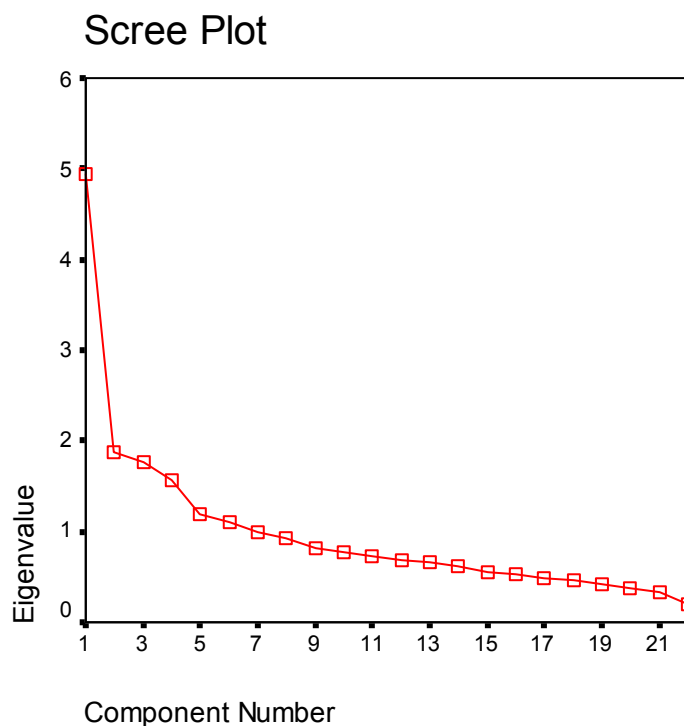


Figura 6.1- Análise factorial - *Scree plot*

Passando à escolha das questões a reter no questionário, M. Pett et al⁴, citando Comrey and Lee, sugerem que nas rotações ortogonais, as orientações para avaliar os *loadings* dos factores sejam as que se seguem, considerando que 0,30 é o limite inferior para que uma

questão seja incluída num factor (porque teriam menos de 9% da variância do item partilhada com o factor):

- 0,45 (20% de variância partilhada com o factor): fair (razoável)
- 0,55 (30% de variância partilhada com o factor): good (bom)
- 0,63 (40% de variância partilhada com o factor): very good (muito bom)
- 0,71 (50% de variância partilhada com o factor): excellent (excelente).

Considerou-se que só se reteriam questões com loadings superiores a 0,4. Verificou-se (ver Quadro 6.8) que todas as questões tinham *loadings* iguais ou superiores a 0,473 e que das 22 questões:

- 9 questões tinham “loadings” Excelente
- 4 questões tinham “loadings” Muito Bons
- 6 questões tinham “loadings” Bons
- 3 questões tinham “loadings” Razoáveis.
-

Rotated Component Matrix(a)

	Component					
	1	2	3	4	5	6
Q2	,684					
Q4	,665					
Q3	,588					
Q15	,584					
Q5	,551					
Q21		,899				
Q22		,890				
Q19		,597				
Q1			,773			
Q7			,708			
Q8			,595			
Q9			,473			
Q18				,722		
Q17				,702		
Q16				,645		
Q20				,519		
Q13					,735	
Q12					,720	
Q14			,437		,567	
Q10						,723
Q11						,713
Q6						,542

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 6 iterations.

Quadro 6.8 - Análise factorial - Matriz de componentes

A rotação das variáveis efectuada obteve um resultado em que apenas numa das questões, a *questão 14 - Tenho possibilidades de promoção*, se obtiverem pesos relevantes em dois factores, o 3 e o 5; optou-se por a manter no factor 5 por aí ter um peso superior e fazer mais sentido em termos de interpretação dos factores, ainda que também pudesse permanecer no factor 3 (ver à frente).

Segue-se a listagem dos diferentes factores e questões que os integram. As designações dos factores foram atribuídas por interpretação do conjunto de questões respectivo.

Questionário – questões e factores

Factor 1 - Pressão e exigência no trabalho

- 2 *No final de um dia de trabalho não me sinto cansado(a).*
- 4 *Poucas vezes tenho que me aplicar a fundo no trabalho.*
- 3 *Em casa, desligo-me facilmente do trabalho.*
- 15 *Não me sinto muito pressionado(a) pelo factor tempo.*
- 5 *Poucas vezes o trabalho altera negativamente o meu ânimo.*

Factor 2 - Condições para o exercício profissional

- 21 *O meu gabinete tem as condições físicas suficientes para o meu trabalho.*
- 22 *No meu Centro de Saúde existem condições para um bom exercício da minha profissão.*
- 19 *Tenho acesso a recursos suficientes para o meu trabalho.*

Factor 3 - Interesse do trabalho

- 1 *Sinto que o meu trabalho nunca é o mesmo todos os dias.*
- 7 *Tenho oportunidade de aprender coisas novas.*
- 8 *Tenho interesse pelas coisas que faço.*
- 9 *O meu trabalho é reconhecido.*

Factor 4 - Adequação para o trabalho

- 18 *Encontro-me capacitado para o meu trabalho.*
- 17 *Dou conta do trabalho que tenho de realizar.*
- 16 *Sei o que se espera de mim no trabalho.*
- 20 *No trabalho, a competitividade não constitui problema para mim.*

Factor 5 - Recompensa pelo trabalho efectuado

- 13 *Ocupo o posto que mereço.*
- 12 *O salário é adequado.*
- 14 *Tenho possibilidades de promoção.*

Factor 6 - Ambiente de trabalho e autonomia

- 10 *A relação com as chefias é cordial (existe um bom relacionamento).*
- 11 *A relação com os colegas é cordial (existe um bom relacionamento).*
- 6 *Tenho autonomia para organizar o meu trabalho.*

O critério mais forte para perceber se a análise factorial faz sentido é a interpretação, à luz dos conhecimentos existentes, da congregação das questões nos diferentes factores.

O "Factor 1 - Pressão e exigência no trabalho"

- 2 *No final de um dia de trabalho não me sinto cansado(a).*
- 4 *Poucas vezes tenho que me aplicar a fundo no trabalho.*
- 3 *Em casa, desligo-me facilmente do trabalho.*
- 15 *Não me sinto muito pressionado(a) pelo factor tempo.*
- 5 *Poucas vezes o trabalho altera negativamente o meu ânimo.*

não oferece grandes comentários, sendo o que explica a maior percentagem da variância, em linha com outros estudos internacionais– o stresse associado à pressão e exigência do trabalho são elementos fundamentais na avaliação que cada um faz da sua satisfação no trabalho (ver secção 2).

O "Factor 2 - Condições para o exercício profissional"

- 21 *O meu gabinete tem as condições físicas suficientes para o meu trabalho.*
- 22 *No meu Centro de Saúde existem condições para um bom exercício da minha profissão.*
- 19 *Tenho acesso a recursos suficientes para o meu trabalho.*

é igualmente directo na sua interpretação.

O "Factor 3 - Interesse do trabalho"

- 1 *Sinto que o meu trabalho nunca é o mesmo todos os dias.*
- 7 *Tenho oportunidade de aprender coisas novas.*
- 8 *Tenho interesse pelas coisas que faço.*
- 9 *O meu trabalho é reconhecido.*

e o "Factor 4 - Adequação para o trabalho"

- 18 *Encontro-me capacitado para o meu trabalho.*
- 17 *Dou conta do trabalho que tenho de realizar.*
- 16 *Sei o que se espera de mim no trabalho.*

20 No trabalho, a competitividade não constitui problema para mim.

representam os factores intrínsecos ao trabalho da avaliação que cada trabalhador faz no que se refere à sua satisfação no trabalho: o interesse que o trabalhador tem pelo trabalho que faz e o grau em que se sente adequado para esse trabalho.

O “Factor 5 - Recompensa pelo trabalho efectuado”

13 Ocupo o posto que mereço.

12 O salário é adequado.

14 Tenho possibilidades de promoção.

é também de fácil interpretação, correspondendo com os factores 2, 3 e 6 aos factores extrínsecos do trabalho ou seja dizem respeito a variáveis que não estão relacionadas com a natureza do trabalho em si mesmo mas antes com as condições que existem para o exercício desse trabalho.

O “Factor 6 - Ambiente de trabalho e autonomia”

10 A relação com as chefias é cordial (existe um bom relacionamento).

11 A relação com os colegas é cordial (existe um bom relacionamento).

6 Tenho autonomia para organizar o meu trabalho.

é um dos mais interessantes dos seis ao agregar a questão relativa à autonomia, às relações com colegas e chefias, dando a entender que autonomia neste grupo de profissionais é percebida como estando, mais do que determinada por factores organizacionais ou legais, em estreita relação com o grau de liberdade que colegas e chefias possibilitam.

Como conclusão geral, provou-se que a análise factorial identifica factores passíveis de serem interpretados a partir das

respostas da população-alvo e, logo, representa um argumento a favor da validade teórica do questionário.

6.1.2.1.2.2 Validade convergente

Quanto ao estudo da validade convergente, ou seja, no caso, o estudo das associações entre a satisfação no trabalho - a sua pontuação global ou a dos seus factores - e variáveis que sabemos estarem relacionadas com a satisfação no trabalho, investigaram-se as 26 teorias (os *constructs*) presentes no quadro seguinte com os resultados também identificados nesse quadro(quadro 6.9.).

Associação entre		Racional	Resultado	Conclusão
Pontuação global da satisfação no trabalho	Expectativas actuais em relação à carreira profissional (avaliadas pela resposta à questão "Actualmente as suas expectativas quanto à sua carreira profissional são" numa escala de 5 pontos entre Muito boas e Muito más)	Quanto maiores as expectativas em relação à carreira maior deve ser a pontuação global da satisfação no trabalho ^{lxix}	Rho= ,500 p<0,001 (correlação de Spearman)	Provada
Pontuação global da satisfação no trabalho	Auto-percepção do estado de saúde dos profissionais (avaliada pela questão "Em geral, diria que a sua saúde é" numa escala de 5 pontos entre Óptima e Fraca)	Satisfação no trabalho e saúde (e nomeadamente a auto-percepção do estado de saúde) estão associadas ^{ref}	Rho= ,352 p<0,001 (correlação de Spearman)	Provada
Pontuação global da satisfação no trabalho	Desejo de deixar de exercer a profissão de médico avaliada pela questão "Se tivesse a possibilidade de voltar ao princípio, hoje escolheria a mesma profissão" com as seguintes opções: Não, Sim, Talvez ou Não sabe (agregaram-se as opções "Não" e "Talvez" numa	Os trabalhadores que estão mais satisfeitos no trabalho, teriam maior propensão a ter cognições de voltarem a escolher a mesma profissão	p = 0,005 Os que voltavam a escolher a mesma profissão tinham uma maior satisfação no trabalho	Provada

^{lxix} D Gibson et al, citam trabalhos de outros autores e conduzem uma investigação nos Estados Unidos da América, para suportarem que discrepâncias nas expectativas dos médicos em relação ao que esperavam da prática média e o que conseguem obter são um factor para a sua satisfação no trabalho.

Gibson D, Borges N. Aligning Career Expectations With the Practice of Medicine: Physician Satisfaction. *Journal of Career Development* 2009; 35; 331

	opção "Não responderam Sim" em relação à opção "Sim")	na hipótese de poderem voltar ao princípio e voltar a escolher uma profissão ^{ref}		
Pontuação global da satisfação no trabalho	Desejo de deixar de exercer a mesma carreira avaliada pela questão "Se tivesse a possibilidade de voltar ao princípio, hoje escolheria a mesma carreira" com as seguintes opções: "Não", "Sim", "Talvez" ou "Não sabe" (agregaram-se as opções "Não" e "Talvez" e "Não sabe" numa opção "Não responderam Sim" em relação à opção "Sim")	Os trabalhadores que estão mais satisfeitos no trabalho, teriam maior propensão a ter cognições de voltarem a escolher a mesma carreira na hipótese de poderem voltar ao princípio e voltar a escolher uma carreira ^{ref}	$p < 0,001$ Os que voltavam a escolher a mesma carreira tinham uma maior satisfação no trabalho	Provada
Pontuação global da satisfação no trabalho	Desejo de deixar de exercer no centro de saúde onde agora trabalha avaliada pela questão "Se tivesse a possibilidade de voltar ao princípio, hoje escolheria o centro de saúde onde agora trabalha" com as seguintes opções: "Não", "Sim", "Talvez" ou "Não sabe" (agregaram-se as opções "Não" e "Talvez" e "Não sabe" numa opção "Não responderam Sim" em relação à opção "Sim")	Os trabalhadores que estão mais satisfeitos no trabalho, teriam maior propensão a ter cognições de voltarem a escolher o mesmo centro de saúde na hipótese de poderem voltar ao princípio e voltar a escolher um centro de saúde ^{ref}	$p < 0,001$ Os que voltavam a escolher o mesmo centro de saúde tinham uma maior satisfação no trabalho	Provada
Pontuação global da satisfação no trabalho	Número de utentes sem médico de família atribuído por utente inscrito	Quanto mais utentes sem médico de família atribuído por utente inscrito, maior a pressão sobre os médicos de família disponíveis e menos a satisfação no trabalho destes MF	$Rho = -,119$ $p = 0,043$ (correlação de Spearman)	Provada
Factor 1 - Pressão e exigência no trabalho	Número de utentes sem médico de família atribuído	Quanto mais utentes sem médico de família atribuído por utente inscrito, maior a pressão sobre os médicos de família disponíveis e	$Rho = ,175$ $p = 0,005$ (correlação de Spearman)	Provada

		menos a satisfação no trabalho destes MF		
Factor 1 - Pressão e exigência no trabalho	Autopercepção do estado de saúde dos profissionais (avaliada pela questão "Em geral, diria que a sua saúde é" numa escala de 5 pontos entre Fraca e Óptima)	Quanto maior a satisfação dos profissionais com a pressão e exigência no trabalho, melhor a autopercepção do estado de saúde dos profissionais	Rho= ,191 p = 0,001 (correlação de Spearman)	Provada
Factor 1 - Pressão e exigência no trabalho	Desejo de deixar de exercer no centro de saúde onde agora trabalha avaliada pela questão "Se tivesse a possibilidade de voltar ao princípio, hoje escolheria o centro de saúde onde agora trabalha" com as seguintes opções: Não, Sim, Talvez ou Não sabe	Quanto maior a satisfação dos profissionais com a pressão e exigência no trabalho, menor a vontade de deixar o centro de saúde onde agora trabalham	p = 0,006 Os que voltavam a escolher o mesmo centro de saúde tinham uma maior pontuação no Factor 1, logo estavam mais satisfeitos	Provada
Factor 2 - Condições para o exercício profissional	Autopercepção do estado de saúde dos profissionais (avaliada pela questão "Em geral, diria que a sua saúde é" numa escala de 5 pontos entre Óptima e Fraca)	Nos restantes casos o raciocínio é sobreponível	Rho= ,204 p<0,001 (correlação de Spearman)	Provada
Factor 2 - Condições para o exercício profissional	Rácio número de médicos de família / número de gabinetes de consulta,		Rho= -,079 p = 0,181 (correlação de Spearman)	Não provada (mas é significativa para uma questão mais específica: 21 - O meu Centro de Saúde tem as condições físicas suficientes para o meu trabalho)
Factor 2 - Condições para o exercício profissional	Rácio número de enfermeiros por médico de família		Rho= ,122 p = 0,039 (correlação Spearman)	Provada
Factor 2 - Condições para o exercício profissional	Percentagem de edifícios do centro de saúde com instalações degradadas		Rho= -,150 p = 0,011 (correlação de Spearman)	Provada
Factor 2 - Condições	Percentagem de edifícios do centro de saúde		Rho= ,169 p = 0,004	Provada

para o exercício profissional	construídos de raiz para serem centros de saúde		(correlação de Spearman)	
Factor 2 - Condições para o exercício profissional	Percentagem de edifícios do centro de saúde com má organização dos espaços		Rho= -,196 p = 0,001 (correlação de Spearman)	Provada
Factor 2 - Condições para o exercício profissional	Percentagem de edifícios do centro de saúde com má higiene		Rho= -,158 p = 0,007 (correlação de Spearman)	Provada
Factor 2 - Condições para o exercício profissional	Desejo de deixar de exercer o centro de saúde onde agora trabalha avaliada pela questão "Se tivesse a possibilidade de voltar ao princípio, hoje escolheria o centro de saúde onde agora trabalha" com as seguintes opções: Não, Sim, Talvez ou Não sabe		p<0,001 Os que voltavam a escolher o mesmo centro de saúde tinham uma maior pontuação no Factor 2, logo estavam mais satisfeitos	Provada
Factor 3 - Interesse do trabalho	Desejo de deixar de exercer a profissão de médico avaliada pela questão "Se tivesse a possibilidade de voltar ao princípio, hoje escolheria a mesma profissão" com as seguintes opções: Não, Sim, Talvez ou Não sabe		p = 0,004 Os que voltavam a escolher a mesma profissão tinham uma maior pontuação no Factor 3, logo estavam mais satisfeitos	Provada
Factor 3 - Interesse do trabalho	Desejo de deixar de exercer a mesma carreira avaliada pela questão "Se tivesse a possibilidade de voltar ao princípio, hoje escolheria a mesma carreira" com as seguintes opções: Não, Sim, Talvez ou Não sabe		p<0,001 Os que voltavam a escolher a mesma carreira tinham uma maior pontuação no Factor 3, logo estavam mais satisfeitos	Provada
Factor 4 - Adequação para o trabalho	Desejo de deixar de exercer a profissão de médico avaliada pela questão "Se tivesse a possibilidade de voltar ao princípio, hoje escolheria a mesma profissão" com as seguintes opções: Não, Sim, Talvez ou Não sabe		p<0,001 Os que voltavam a escolher a mesma profissão tinham uma maior pontuação	Provada

			no Factor 4, logo estavam mais satisfeitos	
Factor 4 - Adequação para o trabalho	Desejo de deixar de exercer a mesma carreira avaliada pela questão "Se tivesse a possibilidade de voltar ao princípio, hoje escolheria a mesma carreira" com as seguintes opções: Não, Sim, Talvez ou Não sabe		p = 0,010 Os que voltavam a escolher a mesma carreira tinham uma maior pontuação no Factor 4, logo estavam mais satisfeitos	Provada
Factor 5 - Recompensa pelo trabalho efectuado	Desejo de deixar de exercer a mesma carreira avaliada pela questão "Se tivesse a possibilidade de voltar ao princípio, hoje escolheria a mesma carreira" com as seguintes opções: Não, Sim, Talvez ou Não sabe		p<0,001 Os que voltavam a escolher a mesma carreira tinham uma maior pontuação no Factor 5, logo estavam mais satisfeitos	Provada
Factor 5 - Recompensa pelo trabalho efectuado	Posição na Carreira		p<0,001 Os chefes de serviço (que são melhor remunerados dos que os médicos nas outras posições da carreira) tinham uma maior pontuação no Factor 5, logo estavam mais satisfeitos	Provada
Factor 5 - Recompensa pelo trabalho efectuado	Regime de trabalho		p<0,001 Os médicos que tinham um regime de trabalho de 42 horas em exclusividade (que são melhor remunerados dos que os outros com outros regimes) tinham uma maior pontuação	Provada

			no Factor 5, logo estavam mais satisfeitos	
Factor 6 - Ambiente de trabalho e autonomia	Desejo de deixar de exercer no centro de saúde onde agora trabalha avaliada pela questão "Se tivesse a possibilidade de voltar ao princípio, hoje escolheria o centro de saúde onde agora trabalha" com as seguintes opções: Não, Sim, Talvez ou Não sabe		p<0,001 Os que voltavam a escolher o mesmo centro de saúde tinham uma maior pontuação no Factor 6, logo estavam mais satisfeitos	Provada

Quadro 6.9 - Quadro-resumo da validade convergente do questionário

Das 26 teorias propostas, confirmaram-se 25 e a que não se conseguiu comprovar foi a relativa ao rácio número de médicos de família por gabinete que era significativa não para o global do factor 2 – condições de trabalho mas apenas em relação à questão "21- O meu Centro de Saúde tem as condições físicas suficientes para o meu trabalho" que mas é mais específica em relação a esta característica e integra o factor 2.

6.1.2.2 Fiabilidade do questionário

A fiabilidade é uma medida da proporção da variabilidade nas respostas, que é devida a diferenças reais entre os indivíduos. Basicamente, reflecte a dimensão do erro quer aleatório, quer sistemático inerente a qualquer medição; é a capacidade em distinguir até que ponto uma variável varia como resultado de um erro na medição ou de uma alteração real.

Neste estudo a fiabilidade foi avaliada pelo estudo da coerência interna (em inglês *internal consistency*) e pela avaliação da estabilidade temporal.

6.1.2.2.1 Coerência interna

Na avaliação da coerência interna de um questionário parte-se do princípio de que se o questionário avalia uma determinada característica, todas as questões do questionário devem abordar aspectos diferentes desta dimensão, ou seja, todas as questões devem correlacionar-se moderadamente umas com as outras e cada uma deve correlacionar-se com o total. A coerência interna, na essência, representa a média das correlações entre todas as questões do questionário

O método mais usual para avaliar a coerência interna^{1,3} é pelo cálculo do coeficiente alpha de Chronbach e pela opção deste coeficiente: *alpha if item deleted*. Esta opção apoia a decisão sobre se se mantém ou não uma dada questão ou em que factor deve a questão permanecer, quando na análise factorial aparece em mais do que um factor. Streiner³ considera que o coeficiente alpha deve ser acima de 0,70 e abaixo de 0,90 (valores superiores representam redundância).

O coeficiente alpha de Chronbach calculado para as 22 questões foi de 0,8245, o que representa um valor bom de coerência interna. A análise do quadro 6.10 revela que apenas se registariam ganhos mínimos com a retirada de duas questões, representando a retirada de qualquer uma das outras questões uma perda em termos de coerência interna do questionário. Pode, portanto, considerar-se que o questionário tem um nível elevado de coerência interna.

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
Q1	63,4586	98,0139	,3572	,8190
Q2	64,5483	98,8229	,4221	,8159
Q3	63,8103	100,9708	,2381	,8248
Q4	64,6345	103,4161	,1620	,8270
Q5	64,1000	95,4398	,4616	,8135
Q6	63,2276	95,1591	,5043	,8113
Q7	63,3483	96,9336	,4338	,8150
Q8	62,4345	97,9974	,5289	,8122
Q9	63,8000	94,4927	,5613	,8086
Q10	62,5828	101,3789	,3184	,8202
Q11	62,4172	102,8876	,2986	,8211
Q12	64,3207	100,2463	,2932	,8217
Q13	63,3000	98,3699	,4202	,8158
Q14	63,6931	96,5249	,4539	,8140
Q15	64,5310	98,4229	,3998	,8167
Q16	62,7517	100,8447	,3389	,8194
Q17	62,7586	100,3014	,3384	,8194
Q18	62,4138	104,5202	,2049	,8239
Q19	63,8931	95,1685	,5483	,8095
Q20	62,5000	103,0467	,2574	,8224
Q21	63,5828	96,2855	,3577	,8200
Q22	63,7414	95,5211	,4482	,8142

Quadro 6.10 - Coerência interna do questionário- *Chronbach alpha if item deleted*

6.1.2.2.2 Estabilidade temporal

Estabilidade, repetibilidade ou reprodutibilidade é o grau de concordância entre os resultados de 2 (ou mais) medições do mesmo fenómeno usando o mesmo instrumento nas mesmas condições nos mesmos indivíduos. A estabilidade temporal ou fiabilidade teste-reteste, mais especificamente, corresponde à estabilidade do

instrumento de medida em medidas separadas por um intervalo de tempo.

Foi efectuada no estudo de 1995 (referido atrás), mas entre as duas avaliações ocorreu uma mudança no quadro legal, que implicou um aumento salarial importante numa parte substancial dos médicos analisados, mudando as condições do estudo e inviabilizando o estudo da estabilidade temporal. No entanto, a mesma amostra de médicos foi novamente avaliada em 1997 e os resultados foram semelhantes aos obtidos no estudo de 1995. Entre 1995 e 1997 não ocorreram mudanças substantivas nas condições de trabalho dos médicos de família e sabe-se que as alterações contingentes à essência do trabalho, como o aumento salarial referido, têm um impacto pouco dilatado no tempo. Portanto pode-se considerar que o instrumento tem um nível adequado de estabilidade temporal.

6.1.2.3 Poder de resposta e poder de interpretação do questionário

O poder de resposta de um instrumento de medida é a sua capacidade em detectar alterações definidas como mínimas e consideradas importantes. É o grau segundo o qual podemos atribuir um significado qualitativo a valores quantitativos obtidos pela aplicação do instrumento de medida, ou seja, no caso de se detectarem diferenças, não basta que sejam estatisticamente significativas, têm também de poder ser interpretadas. Os casos seguintes ilustram esta característica.

Os médicos de família que afirmavam que não voltariam a escolher o mesmo centro de saúde para trabalhar, caso tivessem essa possibilidade, tinham uma pontuação média mais baixa (2,329, numa escala de 1 a 5) no Factor 2 - Condições para o exercício profissional

e, portanto, estavam menos satisfeitos do que os que afirmavam que o voltavam a escolher (3,045, numa escala de 1 a 5) e esta diferença era estatisticamente significativa ($p < 0,001$; ANOVA); no entanto, já não se verificavam diferenças na pontuação neste factor quando se questionava se voltariam a escolher a mesma carreira ($p = 0,143$) ou a mesma profissão ($p = 0,789$).

Prova-se, portanto, que o questionário tem poder de resposta, dado conseguir discriminar diferenças entre os respondentes quanto à sua satisfação no trabalho. Igualmente, este resultado é de interpretação directa: sendo o factor composto por questões que avaliam características extrínsecas à profissão e à carreira, só estavam mais insatisfeitos neste factor e, portanto, com as condições que o actual centro de saúde lhe providenciava, os que afirmavam que não voltariam a escolher o mesmo centro de saúde em relação aos que o voltariam a fazer; já no que se refere a voltar a escolher a mesma profissão ou a mesma carreira, pontuações diferentes neste factor não estavam associadas a cognições de mudança de profissão ou carreira porque o que estava em avaliação eram características extrínsecas, contingentes, à profissão e à carreira, condições providenciadas por cada centro de saúde aos seus trabalhadores e que se modificam de centro de saúde para centro de saúde. Fica provado, portanto, que o questionário tem poder de interpretação.

Outro exemplo de poder de resposta e de interpretação deste questionário é o exemplo seguinte: os médicos de família que trabalhavam em centros de saúde com uma percentagem maior de edifícios construídos de raiz para serem centros de saúde em relação ao total de edifícios do centro de saúde tinham, igualmente, uma maior pontuação no Factor 2 - Condições para o exercício profissional (coeficiente de correlação 0,169; $p = 0,004$; correlação de Spearman), o que é de interpretação clara: edifícios feitos de raiz para a sua função, estruturas mais adequadas e logo indutoras de maior

satisfação no trabalho na dimensão respeitante à avaliação das condições para o exercício profissional. Prova-se, portanto, mesmo para características objectivas, que o questionário tem um grau adequado de poder de resposta e de interpretação.

6.1.2.4 Peso do questionário

O peso do questionário refere-se ao esforço, em termos de tempo e recursos, a que obriga quer a respondentes quer a quem o aplica, analisa e relata os seus resultados.

Este é um instrumento de medida:

- de baixo custo - na versão informatizada, apenas é necessário assegurar a existência de uma listagem dos potenciais respondentes e locais onde podem ser contactados e a geração, impressão e entrega de folhas com passwords; todo o trabalho de carregar a base de dados é efectuado directamente quando se responde ao questionário no sítio da internet de resposta;
- de resposta rápida- o questionário ST-MGF demora entre 5 a 10 min a responder;
- sem erros de transcrição de resultados – já que é feito automaticamente quando os respondentes preenchem o questionário no sítio da internet de resposta;
- de análise fácil – a base de dados em *excel* que é obtida directamente do sítio da Internet é exportada para uma base de dados em SPSS de um modo automático e *syntaxes* já preparadas permitem obter quadros de resultados descritivos num processo que demora cerca 5 minutos; a interpretação dos dados e análises estatísticas mais sofisticadas do que a descritiva variam em termos de tempo conforme os casos;
- de que é fácil fazer relatórios - foi concebida e construída uma aplicação informática, criada de raiz e especificamente para

este projecto, para a produção automática, dinâmica e personalizada de relatórios com quadros costumizados do questionário (possibilidade, por ex, de decidir caso a caso, que informação incorporar – dados só da unidade ou associar, para comparar, dados do centro de saúde, do ACES, da região ou nacionais) e textos pré-definidos conforme as preferências do destinatário do relatório; assim em vez de um relatório fixo em papel ou em suporte informático, o destinatário pode aceder a um sítio na Internet em que, através de uma palavra-passe fornecida pelo administrador, pode construir o relatório como lhe for mais útil com os dados lá disponibilizados (ver anexo 6 para mais informação);

- com baixa taxa de respostas recebidas não utilizáveis por erros ou omissões de repostas – no estudo 2 de 2002/2003, em que se utilizou uma versão de papel, esta taxa foi de 5,5%; no estudo 5 em que só se utilizou a versão informatizada, esta taxa foi de 0%;
- bem aceite pelos respondentes – tem-se conseguido obter sempre taxas de resposta acima dos 68,7% (estudo 2), sendo esta taxa, em alguns casos, de 100% (estudo 5); os comentários encontrados na secção de comentários são na sua totalidade positivos.

O instrumento de medida apresenta, como descrito, um peso aceitável para os respondentes e para quem o aplica, analisa e relata os seus resultados.

6.1.3 Conclusão e avaliação final do questionário

Dos resultados apresentados pode, portanto, concluir-se ter sido produzida evidência suficiente para poder afirmar que o questionário é adequado para medir a satisfação no trabalho nos médicos de família portugueses. Tem a validade, fiabilidade, poder de resposta,

poder de interpretação e peso adequados para uma utilização viável em termos de esforço e capacidade de gerar resultados úteis para aquela medição.

A versão final do questionário pode ser consultada no anexo 2.

-
-

Referências Bibliográficas

- 1 Hill MM, Hill A. Investigação por questionário. 2nd ed Lisboa: Edições Sílabo, LDA; 2002.377p.
- 2 Mira JJ, Vitaller J, Buil JA, Aranaz J, Rodríguez-Marin J. Satisfacción y estrés laboral en médicos generalistas del sistema público de salud. Atención Primaria 1994 Dic; 14 (10): 1135-1140.
- 3 Streiner DL, Norman GR. Health Measurement Scales: A Practical Guide to Their Development and Use. 4th ed. Oxford: Oxford University Press; 2008. 431 p.
- 4 Pett Marjorie, Lackey N, Sullivan J. Making sense of factor analysis. California: Sage Publications; 2003.
- 5 Pestana MH, Gageiro JN. Análise de dados para ciências sociais – A complementaridade do SPSS. 3th ed. Lisboa: Edições Sílabo; 2003.
- 6 Nunnally J, Bernstein I. Psychometric theory. New York: McGraw – Hill series in Psychology; 1994.
- 7 Van Ham I, Verhoeven AA, Groenier KH, Groothoff JW, De Haan J. Job satisfaction among general practitioners: a systematic literature review. Eur J Gen Pract. 2006;12(4):174-80.
- 8 Biscaia A, Vieira C, Cardeira R. O Momento Actual da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal 2009/2010 – Questionário aos Coordenadores das Unidades de Saúde. [Internet]; 2010 [cited 2010 Apr 17]; Available: http://www.usf-an.net/pdf/relatorio_de_estudo.pdf
- 9 Hespanhol A, Pereira AC, Pinto AS. Insatisfação profissional em Medicina Geral e Familiar: um problema intrínseco dos médicos ou das condições de trabalho? Rev Port Clin Geral 2000;16: 183-189.

6.2 Estudo 2 - Satisfação no trabalho dos médicos de família dos centros de saúde da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo em 2002 / 2003

6.2.1 Introdução

A ideia motivadora deste estudo 2 foi a exploração das relações entre a satisfação no trabalho dos médicos de família e variáveis pessoais e contextuais da prática desses médicos assim como do seu desempenho.

Este estudo enquadrou-se numa acção da Secção Regional do Sul da Ordem dos Médicos para avaliação das condições técnicas para o exercício da Medicina Geral e Familiar na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

A opção pela Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), ficou a dever-se ao facto de esta ser a maior Região de Saúde do País, englobando zonas de características muito diversas, quer em termos geográficos, quer sociodemográficos, o que acarreta também níveis de desenvolvimento e de gestão de recursos humanos, materiais e técnicos muito complexos e potencialmente geradores de assimetrias nas condições para o exercício da Medicina Geral e Familiar.

Foi constituída uma comissão de avaliação das condições técnicas para o exercício da Medicina Geral e Familiar da qual fez parte o autor desta tese,

Os centros de saúde avaliados neste estudo encontravam-se na fase dita de "2ª geração", antes da reforma dos CSP de 2005. Eram centros de saúde que, de um modo geral e do ponto de vista dos médicos, eram burocracias profissionais na classificação de Mintzberg,

com uma linha hierárquica verticalizada, trabalho predominantemente isolado com limitado trabalho em equipa, diminuta capacidade de decisão para organizar o trabalho, reduzida liderança e supervisão e “prestação de contas” quase nula, mas elevada autonomia técnica nas opções terapêuticas.

Os objectivos específicos do estudo foram os seguintes:

2.6 caracterizar os médicos de família da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo quanto:

- à satisfação no trabalho no centro de saúde,
- à situação socioprofissional,
- às expectativas em relação à carreira profissional,
- às cognições para a saída ou a permanência na profissão, carreira e centro de saúde onde exercem,
- à auto-apreciação do estado de saúde,

2.7 caracterizar os centros de saúde quanto:

- às condições técnicas para a actividade clínica,
- à actividade assistencial,

2.8 determinar a associação entre satisfação no trabalho dos médicos de família no centro de saúde, situação socioprofissional, expectativas em relação à carreira profissional, cognições para a saída ou a permanência na profissão, carreira e centro de saúde onde exercem, auto-apreciação do estado de saúde, condições técnicas dos centros de saúde para a actividade clínica e actividade assistencial dos médicos de família;

2.9 caracterizar as prioridades de mudança nos locais de trabalho identificadas pelos médicos de família dos centros de saúde;

2.10 caracterizar as fontes de stresse no trabalho identificadas pelos médicos de família dos centros de saúde.

6.2.2 Delineamento do estudo

Este é um estudo epidemiológico, observacional, transversal e analítico (com uma componente ecológica)¹ da satisfação no trabalho dos médicos de família e das variáveis com que está associada. A sinopse do estudo já foi exposta na secção 5.

6.2.3 População e métodos

6.2.3.1 Universos em estudo e amostragem

O universo em estudo era constituído por 87 centros de saúde e 2003 médicos de família. (ver quadro 6.11)

	Total de CS	Total de extensões	Total de residentes 1991*	Total de residentes 2001*	Total de inscritos no CS 2001*	Total médicos de família
SUB-REGIÃO DE LISBOA	45	163	2048190	2136013	2396832	1322
SUB-REGIÃO DE SETÚBAL	20	85	712594	788459	803331	431
SUB-REGIÃO DE SANTARÉM	22	172	444890	454506	490750	250
TOTAIS	87	420	3205674	3378978	3690913	2003

*Fonte: ARSLVT

Quadro 6.11 – Caracterização dos Centros de Saúde da ARSLVT

Utilizou-se uma amostragem bietápica dos médicos de família dos CS da ARSLVT: procedeu-se primeiro a uma amostragem aleatória estratificada por sub-região de saúde – Lisboa, Setúbal e Santarém - de todos os centros de saúde da ARSLVT , seleccionando-se 24 centros

de saúde^{lxx} (do universo de 87) e nesses centros de saúde incluíram-se todos os médicos de família que aí exerciam a sua actividade (448 médicos incluídos na amostra num universo de 2003). A decisão pelo número de CS a seleccionar baseou-se no estudo do cálculo do número de casos necessário e o número médio de MF por CS (ver secção 6.1.1.4 para informação mais detalhada).

No quadro 6.12 são apresentados os dados sobre os centros de saúde e médicos seleccionados e no quadro 6.13 uma sinopse de todos estes dados.

Sub-Região de Saúde	Centros de Saúde	Datas das Avaliações (mês/ano)	Amostra
Lisboa	A	06/2002	17
Lisboa	B	06/2002	15
Lisboa	C	06/2002	25
Lisboa	D*	10/2002; 11/2002	6
Lisboa	E	10/2002	26
Lisboa	F	09/2002	22
Lisboa	G	01/2003	32
Lisboa	H	09/2002	25
Lisboa	I	01/2003	12
Lisboa	J	02/2003; 05/2003; 07/2003	26
Lisboa	K	09/2003	42
Lisboa	L	01/2003; 05/2003	17
Santarém	M	09/2002	24
Santarém	N	05/2003	13
Santarém	O	10/2002	4
Santarém	P	07/2003	6
Santarém	Q	03/2003; 07/2003	33
Santarém	R	01/2003	4
Setúbal	S	01/2003; 05/2003	7
Setúbal	T	06/2002	7
Setúbal	U	01/2003; 05/2003	35
Setúbal	V	07/2003	9
Setúbal	X	10/2002	23
Setúbal	Y	10/2002	18
Sub-Região de Lisboa			265
Sub-Região de Santarém			84
Sub-Região de Setúbal			99
Total			448

* Os resultados do CS D foram anulados por só haver uma resposta
 Quadro 6.12 - Dados relativos a CS e médicos seleccionados

^{lxx} Nos resultados, optou-se por excluir os de um dos centros de saúde por só se ter registado uma resposta.

	Universo de Centros de Saúde (%)	Amostra de Centros de Saúde (%)	Universo de Médicos de Família (%)	Amostra de Médicos de Família (%)
SUB-REGIÃO DE LISBOA	45 (51,7%)	12 (50,0%)	1322 (66,0%)	265 (59,1%)
SUB-REGIÃO DE SANTARÉM	22 (25,3%)	6 (25,0%)	250 (12,5%)	84 (18,8%)
SUB-REGIÃO DE SETÚBAL	20 (23,0%)	6 (25,0%)	431 (21,5%)	99 (22,1%)
TOTAIS	87	24	2003	448

Quadro 6.13 – Sinopse dos dados referentes a CS e médicos seleccionados

6.2.3.2 Fontes e instrumentos de colheita dos dados

A fonte dos dados foram:

- os médicos de família;
- a Comissão (da Secção Regional Sul da Ordem dos Médicos) de Avaliação das Condições Técnicas para a Actividade dos Médicos de Família nos Centros de Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo;
- os centros de saúde estudados;
- a Administração Central do Sistema de Saúde; e
- a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

O instrumento de recolha dos dados dos médicos de família - um questionário em papel auto-preenchido aplicado entre final do ano de 2002 e início do de 2003 - tinha várias secções (ver anexo 2):

- um questionário para avaliação da satisfação no trabalho dos médicos de família, construído pelo autor (ver estudo1);
- questões sobre auto-percepção do estado de saúde;
- questões sobre expectativas em relação à carreira;

- questões sobre cognições de intenção de mudança de profissão, de carreira ou de centro de saúde;
- questões sobre a caracterização socioprofissional dos médicos questionados.

O instrumento de recolha dos dados da Comissão (da Ordem dos Médicos) de Avaliação das Condições Técnicas para a Actividade dos Médicos de Família nos Centros de Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo tinha nove secções (ver anexo 3 para conhecer itens de cada uma das secções) e os dados foram recolhidos por observação directa pela comissão *in loco* ou por inquirição da direcção do centro de saúde; as secções eram:

- enquadramento geográfico e estrutural dos centros de saúde
- edifício
- equipamento
- recursos humanos
- formação profissional
- planeamento / organização
- sistemas de informação e comunicação
- atendimento.

Das bases de dados da Administração Central do Sistema de Saúde e da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo foram obtidos, por consulta directa, os seguintes dados:

- quantidade de embalagens de medicamentos genéricos prescrita em cada centro de saúde (2002 e 2003);
- quantidade de embalagens de medicamentos não-genéricos prescrita em cada centro de saúde (2002 e 2003);
- percentagem de quantidade de embalagens de genéricos em relação ao total de embalagens dos medicamentos prescritos no centro de saúde (média de 2002/2003; composto a partir dos dados anteriores)
- despesa para o SNS com os medicamentos genéricos prescritos no centro de saúde (2002 e 2003; valor da comparticipação do SNS)
- despesa para o SNS com os medicamentos não-genéricos prescritos no centro de saúde (2002 e 2003; valor da comparticipação do SNS)
- percentagem da despesa para o SNS com os medicamentos genéricos em relação ao total dos medicamentos prescritos no centro de saúde (2002 e 2003; valor da comparticipação do SNS- composto a partir dos dados anteriores)

- percentagem da despesa para o SNS com os medicamentos não-genéricos em relação ao total dos medicamentos prescritos no centro de saúde (em 2002 e 2003; valor da comparticipação do SNS- composto a partir dos dados anteriores)
- despesa para o Serviço Nacional de Saúde com medicamentos (genéricos + não-genéricos) por embalagem prescrita - média de 2002/2003 (valor da comparticipação do serviço nacional de saúde, composto a partir dos dados anteriores)
- despesa para o SNS com medicamentos (genéricos + não- genéricos) por utente - média 2002/2003 (valor da comparticipação do SNS; composto a partir dos dados anteriores)
- quantidade de embalagens de medicamentos (genéricos + não- genéricos) prescrita por utente - média de 2002/2003; composto a partir dos dados anteriores)
- despesa para o SNS com medicamentos (genéricos + não- genéricos) por embalagem prescrita - média de 2002/2003 (valor da comparticipação do SNS; composto a partir dos dados anteriores)
- despesa para o SNS com os meios complementares de diagnóstico e terapêutica (mcdt) pedidos no centro de saúde (em 2003)
- despesa para o SNS com mcdt pedidos por utente do centro de saúde (em 2003; composto a partir dos dados anteriores)
- número de mcdt pedidos no centro de saúde (em 2003)
- número de mcdt pedidos por utente do centro de saúde (em 2003; composto a partir dos dados anteriores)

A listagem e operacionalização das variáveis estudadas encontram-se no anexo 4

6.2.3.3 Análise dos dados

Para o estudo de associações entre as várias variáveis, utilizaram-se correlações de Spearman, teste t para amostras independentes, o teste do Qui-quadrado, ANOVA ou modelos de regressão linear múltipla conforme adequado. Para cada técnica, cumpriram-se os pressupostos para a sua aplicação (em cada uma das secções de resultados abordam-se as técnicas estatísticas adoptadas e as limitações encontradas)².

Para o estudo das questões de resposta aberta, utilizou-se a análise de conteúdo pelo método temático de codificação e interpretação com uma abordagem quantitativa.

6.2.3.4 Considerações metodológicas do estudo

Este estudo:

- utilizou um instrumento de medida adequado para o objectivo e população estudada (ver secção 6.1) para a variável principal – satisfação no trabalho;
- fez uso de uma amostra aleatória e de dimensão adequada garantindo que se trata de uma amostra representativa da população estudada e permitindo a generalização dos resultados ao universo em estudo (ver secção 6.1.1.4.2 e 6.1.1.4.3);
- teve uma taxa de resposta de 64,7%;
- apresentou um estudo de não-respondentes, concluindo que os respondentes não apresentavam, para a variável disponível, diferenças estatisticamente significativas com o universo (ver secção 6.2.4.1);
- levou a cabo análises bivariadas e construiu modelos de regressão linear múltipla dos dados em conjunto com técnicas qualitativas para complementar os resultados quantitativos;
- integrou-se num conjunto de estudos com objectivos concorrentes de modo a permitir múltiplas abordagens, metodologias e focos de abordagem da temática.

Considera-se por estas razões que os resultados podem ser considerados válidos e generalizáveis a toda a Região de Lisboa e Vale do Tejo. Considera-se, ainda, que os resultados podem ser relevantes mesmo a nível nacional uma vez que a região de LVT apresenta grande diversidade de características – meio rural/meio urbano; centros de saúde de pequena/grande dimensão; zonas de maior/menor poder económico – podendo comparar-se a grande parte das regiões do país.

Se se utilizar a classificação da qualidade de estudos observacionais proposta por Van Ham et al³ e descrita na secção 2.2 obtemos uma pontuação de 7 (numa escala que vai de 0 a 7, sendo 7 o valor máximo da escala).

Uma vez que se utilizaram alguns dados ecológicos conjuntamente com dados individuais, optou-se por uma dupla estratégia na análise dos dados que assentou na construção de duas bases de dados:

- uma base de dados de médicos de família - com 290^{lxxi} registos com as respostas individuais dos médicos (como o sexo ou a idade; ver anexo 4) a que se juntaram variáveis ecológicas calculadas para cada um dos 23 centros de saúde a que pertenciam os médicos e assumindo-se que representavam o valor correspondente a cada médico para essas variáveis (como o número de utentes inscritos por médico de família que era a média do número de utentes de todos os médicos do centro de saúde; ver anexo 4);
- uma base de dados de centros de saúde - com 23 registos, com as médias das respostas individuais dos 290 médicos agregadas pelos 23 centros de saúde analisados e as variáveis relativas a esses centros de saúde correspondentes às variáveis ecológicas referidas no ponto anterior (ver anexo 4).

A análise bivariada foi efectuada utilizando a base de dados dos médicos de família enquanto que para a construção de modelos de regressão linear múltipla se optou pela base de dados de centros de saúde. Estas opções deveram-se à introdução de variáveis ecológicas que prejudicou a possibilidade de se alcançarem modelos que explicassem percentagens importantes da variação na base de dados dos médicos de família dado que para algumas das variáveis apenas tínhamos 23 resultados diferentes, tantos quantos os centros de

^{lxxi} Ver estudo na secção 6.1.1.4 ou 6.2.4.1 – o questionário teve 290 respostas.

saúde, para 290 indivíduos diferentes. Na apresentação dos resultados, decidiu-se, por esta razão, apresentar os dados da análise bivariada relativa à base de dados dos médicos de família e os modelos de regressão linear múltipla da base dos centros de saúde.

Em cada uma das secções são feitas outras considerações metodológicas consideradas necessárias.

6.2.4 Resultados

6.2.4.1 Taxa de resposta

Da amostra de 448 médicos de família dos 24 Centros de Saúde da ARS LVT seleccionados, responderam 307, o que corresponde a uma taxa de respostas de 68,5%^{lxxii} (Quadro 6.14). Destes 307, 290 tinham respostas válidas para o questionário de satisfação profissional SP-MGF (era necessário responder a todas as 22 questões para se poderem contabilizar as respostas), a que corresponde uma taxa de respostas válidas de 64,7%.

^{lxxii} No Centro de Saúde de Arruda dos Vinhos apenas um médico respondeu pelo que se decidiu anular este Centro de Saúde dos resultados gerais, tendo-se ficado, portanto, com 306 respostas.

	Universe de médicos de família (%)	Amostra de médicos de família (%)	Médicos de família respondentes com respostas válidas (%)
SUB-REGIÃO DE LISBOA	1322 (66,0%)	265 (59,1%)	182 (62,8%)
SUB-REGIÃO DE SANTARÉM	250 (12,5%)	84 (18,8%)	45 (15,5%)
SUB-REGIÃO DE SETÚBAL	431 (21,5%)	99 (22,1%)	63 (21,7%)
TOTAIS	2003	448	290

Quadro 6.14 – Sinopse do universo, amostra e respondentes do estudo por sub-região de saúde

A distribuição de médicos no universo é proporcional à distribuição dos médicos respondentes^{lxxiii} ($p=0.321$).

^{lxxiii} Utilizou-se o Qui Quadrado.

Sub-Região de Saúde	Centros de Saúde	Datas das Avaliações (mês/ano)	Amostra	Recebidos (% - taxa de resposta)	Recebidos e válidos* (% - taxa de resposta)
Lisboa	A	06/2002	17	14 (82,4%)	14 (82,4%)
Lisboa	B	06/2002	15	14 (93,3%)	14 (93,3%)
Lisboa	C	06/2002	25	20 (80,0%)	19 (76,0%)
Lisboa	D**	10/2002; 11/2002	6	1 (16,7%)	-
Lisboa	E	10/2002	26	19 (73,1%)	16 (61,5%)
Lisboa	F	09/2002	22	21 (95,5%)	20 (90,5%)
Lisboa	G	01/2003	32	22 (68,8%)	18 (56,3%)
Lisboa	H	09/2002	25	20 (80,0%)	20 (80,0%)
Lisboa	I	01/2003	12	12 (100%)	10 (83,3%)
Lisboa	J	02/2003;05/2003; 07/2003	26	12 (46,2%)	11 (42,3%)
Lisboa	K	09/2003	42	25 (59,5%)	25 (59,5%)
Lisboa	L	01/2003;05/2003	17	16 (94,1%)	15 (88,2%)
Santarém	M	09/2002	24	9 (37,5%)	9 (37,5%)
Santarém	N	05/2003	13	10 (76,9%)	9 (69,2%)
Santarém	O	10/2002	4	4 (100%)	4 (100%)
Santarém	P	07/2003	6	5 (83,3%)	5 (83,3%)
Santarém	Q	03/2003;07/2003	33	15 (45,5%)	14 (42,4%)
Santarém	R	01/2003	4	4 (100%)	4 (100%)
Setúbal	S	01/2003;05/2003	7	4 (57,1%)	4 (57,1%)
Setúbal	T	06/2002	7	7 (100%)	7 (100%)
Setúbal	U	01/2003;05/2003	35	12 (34,3%)	12 (34,3%)
Setúbal	V	07/2003	9	9 (100%)	8 (88,9%)
Setúbal	X	10/2002	23	19 (82,6%)	19 (82,6%)
Setúbal	Y	10/2002	18	13 (72,2%)	13 (72,2%)
		Sub-Região de Lisboa	265	196 (74,0%)	182 (68,7%)
		Sub-Região de Santarém	84	47 (56,0%)	45 (53,6%)
		Sub-Região de Setúbal	99	64 (64,6%)	63 (63,6%)
		Total	448	307 (68,5%)	290 (64,7%)

*Respostas válidas para análise são as que respondiam a todas as questões do questionário – só estas é que foram consideradas nas pontuações. ** Os resultados do CS D foram anulados por só haver uma resposta

Quadro 6.15 – Universo, respostas recebidas e as válidas para o Questionário SP-MGF dos vários Centros de Saúde (percentagens em relação ao universo)

6.2.4.2 Estudo das variáveis socioprofissionais agrupadas por sub-regiões de saúde e centros de saúde

6.2.4.2.1 Caracterização socioprofissional dos médicos de família

Analisando os Quadros 6.16 a 6.18 nota-se que os médicos de família são maioritariamente do sexo feminino (60,7%), têm uma média de idades de 47,9 anos, existindo apenas 2,8 % de médicos com menos de 40 anos e têm, em média, 18,2 anos de profissão.

Sub-Região de Saúde	Sexo	
	Feminino	Masculino
Total Sub-Região Lisboa	113 63,5%	65 36,5%
Total Sub-Região Santarém	21 46,7%	24 53,3%
Total Sub-Região Setúbal	39 62,9%	23 37,1%
Total	173 60,7%	112 39,3%

Quadro 6.16 – Sexo dos médicos respondentes (média e percentagens)

	Idade				
	Média	Máx	Mín	Menos de 40 anos	40 ou mais anos
Total Sub-Região Lisboa	48,3	66	31	2,1%	97,9%
Total Sub-Região Santarém	46,9	56	29	6,7%	93,3%
Total Sub-Região Setúbal	47,6	57	35	1,7%	98,3%
Total	47,9	66	29	2,8%	97,2%

Quadro 6.17 – Idade dos médicos respondentes (média e percentagens)

	Anos de profissão				
	Média	Máx	Mín	10 ou menos anos	Mais de 10 anos
Total Sub-Região Lisboa	18,4	36	2	3,9%	96,1%
Total Sub-Região Santarém	17,2	25	1	8,7%	91,3%
Total Sub-Região Setúbal	18,4	29	12	0,0%	100%
Total	18,2	36	1	3,9%	96,1%

Quadro 6.18 - Número de anos de profissão dos médicos respondentes (média e percentagens)

De uma maneira geral, os médicos de família ficam a maior parte da sua vida profissional no mesmo centro de saúde, sendo a média de anos no centro de saúde onde exerciam quando responderam ao

questionário de 14,5 anos, estando 76,1% dos médicos a exercer há mais de 10 anos no mesmo centro de saúde.

Sub-Região de Saúde	Anos no actual Centro de Saúde				
	Média	Máx	Mín	10 ou menos anos	Mais de 10 anos
Total Sub-Região Lisboa	14,8	26	1	22,3%	77,7%
Total Sub-Região Santarém	14,6	24	1	25,5%	74,5%
Total Sub-Região Setúbal	13,6	25	1	27,4%	72,6%
Total	14,5	26	1	23,9%	76,1%

Quadro 6.19 - Número de anos no centro de saúde onde exerciam quando responderam ao questionário dos médicos respondentes (média e percentagens)

No que se refere ao acesso ao grau de generalista, a grande maioria - 81,1% - acedeu a este grau através da formação específica em exercício^{lxxiv}, mas a variabilidade entre centros de saúde (dado não mostrado) era grande: a formação específica foi a via de acesso em 37,5% dos médicos de família em alguns centros de saúde e noutros foi 100%.

Quanto ao provimento em lugar de quadro a situação era mais monótona e 93,4% dos médicos de família estavam providos em lugar do quadro. No entanto, a variação entre centros de saúde ia de um mínimo de 63,6% até um máximo de 100%.

Em relação à categoria profissional, a maioria são consultores de Clínica Geral (54,4%) mas com realidades muito díspares conforme os

centros de saúde (dado não mostrado), notando-se uma maior percentagem de chefes de serviço em Lisboa (11,2 %) e subsistindo ainda, para o total da ARSLVT, uma percentagem considerável (8,1%) de médicos sem internato ou formação específica em Medicina Geral e Familiar.

Sub-Região de Saúde	Acesso ao grau de Generalista*		Provimento em lugar do quadro		Categoria Profissional			
	Form Espec	Inter-nato	Sim	Não	Assist	Cons	Chefe Serv	Clin Ger
Total Sub-Região Lisboa	132 85,7%	18 11,7%	157 94,0%	10 6,0%	45 25,3%	96 53,9%	20 11,2%	17 9,6%
Total Sub-Região Santarém	30 76,9%	8 20,5%	41 91,1%	4 8,9%	15 34,1%	23 52,2%	4 9,1%	2 4,5%
Total Sub-Região Setúbal	40 71,4%	10 17,9%	57 93,4%	4 6,6%	20 31,7%	36 57,1%	3 4,8%	4 6,3%
Total Geral	202 81,1%	36 14,5%	255 93,4%	18 6,6%	80 28,1%	155 54,4%	27 9,5%	23 8,1%

*As diferenças nos totais têm a ver com os médicos que referenciaram outras vias para aceder ao grau de generalista. ** Form Espec – Formação específica em exercício; Assist- Assistente; Cons – Consultor; Chefe Serv – Chefe de Serviço; Clín Ger – Clínico Geral (a carreira de Clínica Geral nesta altura tinha estas categorias: Assistente, depois Assistente Graduado (corresponde ao grau de consultor) e no topo o Chefe de Serviço; a categoria de clínico geral destinava-se aos médicos que não tinham acedido ao grau de generalista)

Quadro 6.20 – Modo de acesso ao grau de generalista, provimento em lugar do quadro de pessoal e categoria profissional

No Quadro 6.21 evidencia-se que os médicos de família trabalham predominantemente no regime de 42 horas com exclusividade, sem grandes diferenças entre Sub-Regiões de Saúde. Ainda, no mesmo Quadro, é de referir que 45,2 % dos médicos de família tinham outras actividades no Centro de Saúde para além da clínica (formação, coordenação de unidade ou de programa, etc), sendo esta percentagem maior em Lisboa e menor em Santarém. Quanto ao exercício de clínica privada, 30,5% dos médicos afirmaram que a praticavam, sendo esta percentagem um pouco menor em

Lisboa e ligeiramente maior em Santarém. Os médicos de família do sexo masculino exercem mais clínica privada (53,4 % dos homens exercem actividade clínica privada enquanto que apenas 15, 5% das mulheres a exercem) ($p<0,001$)^{lxxv}.

Sub-Região de Saúde	Regime de Trabalho		Outras actividades para além da Clínica		Exercício de Clínica Privada	
	35 Horas	42 horas	Sim	Não	Sim	Não
Total Sub-Região Lisboa	62 34,8%	116 65,2%	84 47,7%	92 52,3%	52 29,2%	126 70,8%
Total Sub-Região Santarém	15 33,3%	30 66,7%	15 34,1%	29 65,9%	15 33,3%	30 66,7%
Total Sub-Região Setúbal	21 33,9%	41 66,1%	28 45,9%	33 54,1%	20 32,3%	42 67,7%
Total Geral	98 34,4%	187 65,6%	127 45,2%	154 54,8%	87 30,5%	198 69,5%

Quadro 6.21 - Variáveis socioprofissionais – regime de trabalho e actividade profissional múltipla (em números absolutos e percentagens)

6.2.4.2.2 Satisfação no trabalho dos médicos de família e associações com outras variáveis

Nos quadros seguintes está reunida a informação sobre os resultados referentes à satisfação no trabalho dos médicos de família dos centros de saúde avaliados apresentados para o total da amostra e para cada Sub-Região de Saúde de Lisboa. A escala utilizada, como já foi dito, vai de 5 (muita satisfação) até 1 (muita insatisfação) sendo o 3 o ponto central (nem satisfação, nem insatisfação). São apresentados os valores da satisfação no trabalho globais, por factores e por cada questão (ver secção 6.1.2.1.2.1 no estudo 1 para verificar lógica da agregação das questões nos factores assim como o

^{lxxv} Aplicou-se o teste do Qui-Quadrado

quadro 6.22). A pontuação de cada factor é composta pela pontuação obtida nas questões que o compõem. O quadro 6.23 apresenta os valores da satisfação no trabalho medida nos médicos individualmente por percentagens de respostas obtidas em cada uma das cinco opções de resposta da escala de Likert (estes dados não são apresentados desta maneira em mais nenhum momento, assumindo-se a quantificação da escala de Likert na apresentação dos resultados e na análise estatística).

No estudo das associações entre os factores e as questões da satisfação no trabalho, optou-se por apresentar apenas as encontradas com os factores, referindo-se as associações existentes com questões individuais apenas quando as associações com os factores não existiam.

Médicos de Família	Média	Mediana	Moda	Máx.	Mín.	Desvio Padrão
Factor 1 - Pressão e exigência no trabalho	2,14	2,00	2,00	5,00	1,00	0,68
2 - No final de um dia de trabalho não me sinto cansado(a)	1,92	2	2	5	1	0,94
4 - Poucas vezes tenho que me aplicar a fundo no trabalho	1,83	2	1	5	1	0,98
3 - Em casa, desligo-me facilmente do trabalho	2,66	2	2	5	1	1,12
15 - Não me sinto muito pressionado(a) pelo factor tempo	1,94	2	1	5	1	1,02
5 - Poucas vezes o trabalho altera negativamente o meu ânimo	2,37	2	2	5	1	1,19
Factor 2 - Condições para o exercício profissional	2,73	2,67	3,33	5,00	1,00	1,02
21 - O meu Centro de Saúde tem as condições físicas suficientes para o meu trabalho	2,89	3	4	5	1	1,35
22 - No meu Centro de Saúde existem condições para um bom exercício da minha profissão	2,73	3	2	5	1	1,21
19 - Tenho acesso a recursos suficientes para o meu trabalho	2,58	2	2	5	1	1,06
Factor 3 - Interesse do trabalho	3,21	3,25	3,50	5,00	1,00	0,77
1 - Sinto que o meu trabalho nunca é o mesmo todos os dias	3,01	3	4	5	1	1,16
7 - Tenho oportunidade de aprender coisas novas	3,12	3	4	5	1	1,10
8 - Tenho interesse pelas coisas que faço	4,03	4	4	5	1	0,85
9 - O meu trabalho é reconhecido	2,67	3	2	5	1	1,09
Factor 4 - Adequação para o trabalho	3,86	4,00	4,00	5,00	2,25	0,55
18 - Encontro-me capacitado (a) para o meu trabalho	4,06	4	4	5	2	0,64
17 - Dou conta do trabalho que tenho de realizar	3,71	4	4	5	1	0,94
16 - Sei o que se espera de mim no trabalho	3,72	4	4	5	1	0,88
20 - No trabalho, a competitividade não constitui problema para mim	3,97	4	4	5	1	0,76
Factor 5 - Recompensa pelo trabalho	2,70	2,67	2,67	4,67	1,00	0,79
13 - Ocupo o posto que mereço	3,17	3	4	5	1	0,99
12 - O salário é adequado	2,15	2	2	5	1	1,06
14 - Tenho possibilidades de promoção	2,78	3	4	5	1	1,10
Factor 6 - Relações interpessoais e autonomia	3,73	4,00	4,00	5,00	1,33	0,66
10 - A relação com as chefias é cordial (existe um bom relacionamento)	3,89	4	4	5	1	0,85
11 - A relação com os colegas é cordial (existe um bom relacionamento)	4,05	4	4	5	1	0,70
6 - Tenho autonomia para organizar o meu trabalho	3,24	4	4	5	1	1,13
Pontuação Global	3,02	3,05	3,18	4,59	1,82	0,47

Quadro 6.22 – Satisfação no trabalho dos Médicos de Família no total da amostra – medidas de tendência central e dispersão

		1	2	3	4	5
Médicos de Família	Média	Muito em desacordo	Em desacordo	Nem de acordo nem em desacordo	De acordo	Muito de acordo
Factor 1 - Pressão e exigência no trabalho	2,14					
2 - No final de um dia de trabalho não me sinto cansado(a)	1,92	35,9%	46,9%	8,3%	7,2%	1,7%
3 - Em casa, desligo-me facilmente do trabalho	1,83	43,1%	42,1%	5,5%	6,9%	2,4%
4 - Poucas vezes tenho que me aplicar a fundo no trabalho	2,66	11,7%	44,5%	15,9%	22,1%	5,9%
5 - Poucas vezes o trabalho altera negativamente o meu ânimo	1,94	41,0%	37,6%	9,0%	11,4%	1,0%
15 - Não me sinto muito pressionado(a) pelo factor tempo	2,37	26,9%	38,3%	9,0%	22,8%	3,1%
Factor 2 - Condições para o exercício profissional	2,73					
19 - Tenho acesso a recursos suficientes para o meu trabalho	2,89	21,7%	22,4%	11,0%	35,2%	9,7%
21 - O meu Centro de Saúde tem as condições físicas suficientes para o meu trabalho	2,73	19,0%	27,9%	20,0%	27,6%	5,5%
22 - No meu Centro de Saúde existem condições para um bom exercício da minha profissão	2,58	15,5%	38,3%	20,3%	24,8%	1,0%
Factor 3 - Interesse do trabalho	3,21					
1 - Sinto que o meu trabalho nunca é o mesmo todos os dias	3,01	9,3%	31,0%	16,9%	34,8%	7,9%
7 - Tenho oportunidade de aprender coisas novas	3,12	10,3%	20,0%	21,4%	43,8%	4,5%
8 - Tenho interesse pelas coisas que faço	4,03	0,7%	6,9%	9,3%	54,5%	28,6%
9 - O meu trabalho é reconhecido	2,67	16,2%	29,7%	28,3%	22,8%	3,1%
Factor 4 - Adequação para o trabalho	3,86					
16 - Sei o que se espera de mim no trabalho	4,06	0%	2,8%	9,3%	67,6%	20,3%
17 - Dou conta do trabalho que tenho de realizar	3,71	2,4%	11,7%	13,4%	57,2%	15,2%
18 - Encontro-me capacitado (a) para o meu trabalho	3,72	2,1%	8,6%	18,3%	57,6%	13,4%
20 - No trabalho, a competitividade não constitui problema para mim	3,97	0,7%	4,8%	11,7%	62,4%	20,3%
Factor 5 - Recompensa pelo trabalho	2,70					
12 - O salário é adequado	3,17	6,6%	19,7%	26,6%	44,8%	2,4%
13 - Ocupo o posto que mereço	2,15	32,4%	36,9%	14,8%	15,2%	,7%
14 - Tenho possibilidades de promoção	2,78	14,8%	27,2%	26,2%	29,0%	2,8%
Factor 6 - Relações interpessoais e autonomia	3,73					
6 - Tenho autonomia para organizar o meu trabalho	3,89	2,4%	3,4%	17,9%	55,5%	20,7%
10 - A relação com as chefias é cordial (existe um bom relacionamento)	4,05	0,3%	1,7%	14,5%	59,3%	24,1%
11 - A relação com os colegas é cordial (existe um bom relacionamento)	3,24	5,9%	25,9%	17,9%	39,0%	11,4%
Pontuação Global	3,02					

Quadro 6.23 – Satisfação no trabalho dos médicos de família no total da amostra a partir dos resultados individuais de cada médico – % de resposta

Sub-Região de Saúde	Centros de Saúde	Factor 1 Pressão e exigência no trabalho	Factor 2 Condições para o exercício profissional	Factor 3 Interesse do trabalho	Factor 4 Adequação para o trabalho	Factor 5 Recompensa pelo trabalho	Factor 6 Relações interpessoais e autonomia	Pontuação Global
Lisboa	A	1,99	1,98	2,93	3,96	2,55	3,48	2,80
Lisboa	B	2,30	2,79	3,05	3,61	2,48	3,67	2,95
Lisboa	C	2,12	2,51	3,39	3,88	2,68	3,74	3,02
Lisboa	D	2,23	2,77	3,02	3,94	2,75	3,73	3,03
Lisboa	E	2,22	3,03	2,91	3,95	2,48	3,68	3,01
Lisboa	F	2,26	3,59	3,29	3,78	2,65	3,81	3,17
Lisboa	G	1,92	2,60	3,14	3,69	2,70	3,73	2,91
Lisboa	H	2,34	2,93	3,35	4,20	2,80	3,77	3,20
Lisboa	I	2,20	1,88	3,43	4,11	2,76	3,67	3,00
Lisboa	J	2,18	2,55	3,23	3,84	2,64	3,88	3,02
Lisboa	K	1,89	1,78	3,18	3,65	2,67	3,73	2,79
Lisboa	L	2,64	3,04	3,50	4,17	2,96	4,04	3,36
Santarém	M	2,33	2,78	3,39	4,14	3,26	4,04	3,27
Santarém	N	2,40	3,00	3,00	4,00	2,83	3,33	3,07
Santarém	O	2,24	2,87	3,25	3,85	2,60	3,47	3,02
Santarém	P	1,91	2,36	3,57	3,86	2,67	3,76	2,98
Santarém	Q	2,10	3,50	3,00	3,81	2,67	3,83	3,08
Santarém	R	2,90	3,33	3,81	3,88	3,83	4,33	3,63
Setúbal	S	2,31	3,52	3,43	4,39	2,95	3,52	3,31
Setúbal	T	2,05	3,22	3,69	4,08	3,08	3,69	3,24
Setúbal	U	2,10	2,96	3,34	3,78	2,46	3,83	3,03
Setúbal	V	1,94	2,91	2,95	3,59	2,56	3,42	2,84
Setúbal	X	1,94	2,62	2,73	3,52	2,44	3,74	2,78
Setúbal	Y	1,99	1,98	2,93	3,96	2,55	3,48	2,80

Quadro 6.24 – Factores de satisfação no trabalho dos médicos de família por centro de saúde no total da amostra

Médicos de Família	Média	Mediana	Moda	Máx.	Mín.	Desvio Padrão
Factor 1 - Pressão e exigência no trabalho	2,14	2,00	2,00	5,00	1,00	,68
Factor 2 - Condições para o exercício profissional	2,73	2,67	3,33	5,00	1,00	1,02
Factor 3 - Interesse do trabalho	3,21	3,25	3,50	5,00	1,00	,77
Factor 4 - Adequação para o trabalho	3,86	4,00	4,00	5,00	2,25	,55
Factor 5 - Recompensa pelo trabalho	2,70	2,67	2,67	4,67	1,00	,79
Factor 6 - Relações interpessoais e autonomia	3,73	4,00	4,00	5,00	1,33	,66
Pontuação Global	3,02	3,05	3,18	4,59	1,82	,47

Quadro 6.25 – Sinopse dos resultados da satisfação no trabalho por factores em toda a amostra

Médicos de Família	Sub-Região de saúde de Lisboa (média)	Sub-Região de Saúde de Santarém (média)	Sub-Região de Saúde de Setúbal (média)
Factor 1 - Pressão e exigência no trabalho	2,14	2,24	2,08
Factor 2 - Condições para o exercício profissional	2,62	2,79	3,01
Factor 3 - Interesse do trabalho	3,17	3,38	3,20
Factor 4 - Adequação para o trabalho	3,85	3,98	3,80
Factor 5 - Recompensa pelo trabalho	2,64	2,85	2,75
Factor 6 - Relações interpessoais e autonomia	3,73	3,81	3,66
Pontuação Global	2,99	3,14	3,03

Quadro 6.26 – Sinopse dos resultados da satisfação no trabalho dos MF por factores e por Sub-Regiões de Saúde

De notar que a pontuação global do questionário (3,02) se situa apenas ligeiramente acima do ponto central (3,00), sem uma grande dispersão dos dados (desvio-padrão de 0,47), denotando nem satisfação, nem insatisfação no trabalho, sendo mais baixa na Sub-Região de Saúde de Lisboa (2,99) e mais alta em Santarém (3,14), estando Setúbal ligeiramente acima da média da Região (3,03), mas estas diferenças não são estatisticamente significativas. O centro de saúde com pontuação mais alta regista 3,63, situando-se a pontuação mais baixa em 2,78 tendo o médico com pontuação mais elevada registado 4,59 e o com mais baixa 1,82, num máximo de 5 e num mínimo de 1, com uma baixa dispersão dos dados (desvio-padrão de 0,20). Sete dos 23 centros de saúde estudados tinham uma pontuação global de satisfação no trabalho inferior a 3, reveladora de insatisfação.

A pontuação global alcançada é resultado de pontuações negativas e positivas dos diferentes factores, mas consegue-se detectar uma regra nos resultados do total da amostra: os factores relacionados com a profissão, ou seja, os que têm a ver com a natureza do trabalho – interesse do trabalho (factor 3) e adequação para o trabalho (factor 4) – têm pontuações positivas, acima do 3; e os factores relacionados com as condições proporcionadas para o exercício profissional (factor 2), a recompensa pelo trabalho efectuado (factor 5) e principalmente, a pressão e exigência no trabalho (factor 1) têm pontuações negativas. O factor 6, relativo ao ambiente de trabalho – relacionamento com colegas e chefias – e à autonomia sentida no trabalho, é sempre positivo e revelador de satisfação no trabalho nesta dimensão. A única excepção a esta regra é o factor 2 relativo às condições para o exercício profissional em Setúbal com pontuação acima de 3, sendo esta diferença

estatisticamente significativa ($p=0,023$)^{lxxvi} quando comparada com Lisboa. Todas as outras diferenças entre Sub-Regiões nas pontuações dos vários factores não são estatisticamente significativas.

Se analisarmos centro de saúde a centro de saúde (dados não mostrados), a regra, de um modo geral, mantém-se: para todos os centros de saúde, a média de pontuação do conjunto de médicos de cada centro de saúde revela que o factor 1- pressão e exigência no trabalho é sempre negativo enquanto que o factor 4 -adequação para o trabalho e o factor 6 - relações interpessoais e autonomia são sempre positivos. No entanto, o factor 3 - interesse do trabalho, apesar de positivo para a maioria dos centros de saúde, em 4 dos 23 é negativo; pelo contrário, o factor 2 - condições para o exercício profissional e o factor 5 - recompensa pelo trabalho apesar de maioritariamente terem pontuações negativas, em 8 centros de saúde para as condições para o exercício profissional e em 3 para a recompensa pelo trabalho registam pontuações positivas, indicadoras de satisfação.

O factor com pontuação mais negativa e, portanto, indicador de menor satisfação, é o factor 1 - pressão e exigência no trabalho com 2,14. O factor com pontuação mais positiva e, portanto, indicador de maior satisfação, é o factor 4 – adequação para o trabalho novamente, 3,86.

O factor em que existe uma maior dispersão dos resultados é o factor 2 – condições para o exercício profissional (desvio-padrão 1,02) realçando as grandes assimetrias entre centros de saúde e que poderão estar na origem de algumas das diferenças entre os resultados da satisfação no trabalho.

Passando para uma análise questão a questão, aquelas que apresentam pontuações mais negativas, abaixo do 2 (escala de 1 a

^{lxxvi} Utilizou-se o teste Oneway ANOVA, Tukey HSD.

5), são as 15 - *Não me sinto muito pressionado(a) pelo factor tempo*, 2 - *No final de um dia de trabalho não me sinto cansado(a)* e 4 - *Poucas vezes tenho que me aplicar a fundo no trabalho*, todas do factor 1 - *pressão e exigência no trabalho*, revelando a importância do stress na satisfação no trabalho e a grande intensidade do stress na profissão do médico de família. Por seu lado, as questões com pontuações mais positivas, acima do 4, são as "8 - *Tenho interesse pelas coisas que faço*", "18 - *Encontro-me capacitado para o meu trabalho*" e "11 - *A relação com os colegas é cordial (existe um bom relacionamento)*" reforçando que as dimensões que mais contribuem para uma maior satisfação no trabalho são as pertencentes às dimensões mais intrínsecas do trabalho e às relações interpessoais. A questão que tem uma maior dispersão de resultados é a 21 - *O meu Centro de Saúde tem as condições físicas suficientes para o meu trabalho* (desvio-padrão 1,35, indo, quando se avaliam os centros de saúde, de um mínimo de 1,73 para um máximo de 4,06) realçando que dentro das condições para o exercício profissional são as condições físicas que mais diferem de caso para caso. A questão que menos dispersão tem é a 18 - *Encontro-me capacitado para o meu trabalho* (desvio-padrão 0,64), denotando homogeneidade neste sentido de adequação para o trabalho dos médicos de família.

Um comentário, ainda, para a questão 9 - *O meu trabalho é reconhecido* e a sua pontuação de 2,67, a única pertencente a um factor avaliado positivamente que tem uma pontuação negativa. As questões 1 - *Sinto que o meu trabalho nunca é o mesmo todos os dias* e 6 - *Tenho autonomia para organizar o meu trabalho* são, de entre as questões mais positivas, as que têm uma maior dispersão de resultados.

		Factor 1 Pressão e exigência no trabalho	Factor 2 Condições de exercício profissional	Factor 3 Interesse do trabalho	Factor 4 Adequação para o tra- balho	Factor 5 Recom-pensa pelo trabalho	Factor 6 Relações inter-pessoais e autonomia	Pontuação Global
Número de questões no factor		5	3	4	4	3	3	22
Pontuação Global Indi-vidual	Coefic. de correlação*	0,635	0,609	0,702	0,515	0,622	0,615	-
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	-

* Coeficiente de correlação de Spearman

Quadro 6.27 - Correlação entre factores (individual) e pontuação global da satisfação no trabalho

A satisfação global, a nível individual, surge correlacionada, obviamente, com os factores que a compõem mas o interesse do quadro 6.27 é a grandeza relativa do coeficiente de correlação dos seis factores. A correlação maior é com a satisfação com o interesse do trabalho e a mais baixa é com a adequação para o trabalho. Segue-se, a seguir à mais alta e por ordem decrescente de grandeza, a pressão e exigência no trabalho e a recompensa pelo trabalho

		Factor 1 Pressão e exigência no trabalho (média do CS)	Factor 2 Condições para o exercício profissional (média do CS)	Factor 3 Interesse do trabalho (média do CS)	Factor 4 Adequação para o tra- balho (média do CS)	Factor 5 Recompensa pelo tra- balho (média do CS)	Factor 6 Relações interpessoais e autonomia (média do CS)	Pontuação Global (média do CS)
Número de questões no factor		5	3	4	4	3	3	22
Pontuação Global Individual	Coefic. de correlação*	0,263	0,214	0,246	0,239	0,240	0,165	0,347
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,005	0,000

* Coeficiente de correlação de Spearman

Quadro 6.28 - Correlação entre factores (média do CS) e pontuação global da satisfação no trabalho

A existência de correlações estatisticamente significativas estende-se também à relação entre a média da satisfação no trabalho do conjunto dos MF de um CS com a ST de cada um dos MF desse CS. Verificam-se correlações estatisticamente significativas de todos os factores entre eles (por ex entre o factor 3 individual e o factor 3 médio de todos os MF; dados não mostrados) e estando a média da pontuação global de todos os MF correlacionada com todos os factores a nível individual de cada MF. Este dado não é de

surpreender porque cada MF analisado faz parte do grupo com o qual é analisado; o que interessa aqui analisar, novamente, é a grandeza relativa. A pontuação global individual de cada MF tem correlações positivas com a média de todos os factores do conjunto dos MF do CS mas variando a força dessa correlação conforme os factores (ver quadro 6.28).

Existem diferenças^{lxxvii} na satisfação no trabalho de acordo com as características dos médicos de família. Assim, as médicas de família têm menor satisfação na dimensão da pressão e exigência no trabalho do que os médicos de família ($p < 0,001$) estando ambos abaixo do ponto médio. Por outro lado, as médicas de família têm uma pontuação maior, logo maior satisfação, no factor 5 – *Recompensa pelo trabalho efectuado* do que os médicos de família ($p = 0,024$), ainda que, novamente, os dois abaixo do ponto médio. Em relação à *questão 17 - Dou conta do trabalho que tenho de realizar* são novamente as médicas que têm uma satisfação menor ($p = 0,028$) mas ambos os sexos apresentam pontuações positivas.

Quanto à idade só foi encontrada uma correlação – com a *questão 4 - Poucas vezes tenho que me aplicar a fundo no trabalho* (Coef. de Correlação de Spearman; $\rho = -0,119$, $p = 0,049$) – quanto mais novo mais concorda que tem de se aplicar a fundo no trabalho poucas vezes.

Na *questão 18 - Encontro-me capacitado para o meu trabalho* os médicos que obtiveram o grau de generalista pela via do internato complementar tinham pontuações mais altas de satisfação do que os que o obtiveram pela formação específica em exercício^{lxxviii} ($p = 0,011$), ainda que ambos acima da pontuação 4 .

^{lxxvii} Utilizou-se o teste t para duas amostras independentes

^{lxxviii} Utilizou-se o teste Oneway ANOVA; Tukey HSD

O exercício de outras actividades para além da prestação de cuidados de saúde (investigação, docência, coordenação de programas ou de unidade, etc)^{lxxix} aumenta a satisfação no trabalho nas áreas do reconhecimento do trabalho ($p=0,03$) e na possibilidade de aprender coisas novas ($p=0,049$).

Os médicos de família que não têm clínica privada estão menos satisfeitos do que os que a têm^{lxxx} com a pressão e exigência no trabalho ($p=0,011$), assim como na área da adequação para o trabalho ($p=0,026$), mas ambos negativos no primeiro caso e ambos positivos no segundo. Por seu lado, os médicos de família que exercem clínica privada estão menos satisfeitos com a recompensa pelo trabalho ($p<0,001$) e com o interesse pelo trabalho que efectuam no Centro de Saúde ($p=0,034$).

Os médicos a trabalhar no regime de 42 horas com exclusividade estão mais satisfeitos com a recompensa pelo seu trabalho do que os que estão a trabalhar em 35 horas^{lxxxi} ($p<0,001$).

Os médicos de família que são os chefes de serviço estão mais satisfeitos no trabalho, em termos de pontuação global, do que os que são consultores^{lxxxii} ($p=0,012$) assim como estão mais satisfeitos com a pressão no trabalho ($p=0,025$), com o interesse do trabalho ($p=0,008$) e com a recompensa pelo trabalho. Os clínicos gerais sentem-se menos recompensados pelo trabalho do que assistentes e chefes de serviço ($p=0,042$ e $0,001$).

O estar provido em lugar de quadro ou não, não apresenta qualquer associação com a satisfação no trabalho.

^{lxxix} Utilizou-se o teste t para duas amostras independentes

^{lxxx} Utilizou-se o teste t para duas amostras independentes

^{lxxxi} Utilizou-se o teste Oneway ANOVA; Tukey HSD

^{lxxxii} Utilizou-se o teste Oneway ANOVA; Tukey HSD

6.2.4.2.3 Expectativas em relação à carreira dos médicos de família e associações com outras variáveis

Os quadros 6.29 e 6.30 referem-se a outra dimensão estudada – as expectativas em relação à carreira na actualidade. Utilizou-se a questão “Actualmente as suas expectativas quanto à sua carreira profissional são:...” numa escala de 5 classes - “Muito boas”, “Boas”, “Nem boas nem más”, “Más” e “Muito más”.

Os médicos que classificam as suas expectativas actuais como muito boas são poucos – 4 no total – e 55,1% dos médicos classificam-nas como más ou muito más.

Centros de Saúde	Muito Boas	Boas	Nem Boas Nem Más	Más	Muito Más
Total Sub-Região Lisboa	3 1,5%	18 9,2%	61 31,3%	70 35,9%	43 22,1%
Total Sub-Região Santarém	0	11 23,9%	19 41,3%	12 26,1%	4 8,7%
Total Sub-Região Setúbal	1 1,6%	4 6,5%	19 30,6%	22 35,5%	16 25,8%
Total Geral	4 1,3%	33 10,9%	99 32,7%	104 34,3%	63 20,8%

Nota: 3 médicos não responderam

Quadro 6.29 - Expectativas actuais em relação à Carreira dos médicos de família em números absolutos e percentagens para os totais regionais e gerais (dados de todos os respondentes e não só dos válidos para a ST)

Comparando as expectativas actuais em relação à carreira com as variáveis sóciodemográficas evidenciam-se algumas diferenças estatisticamente significativas. Assim, em relação às Sub-Regiões de Saúde, os médicos em Santarém têm melhores expectativas em

relação à carreira do que nas outras duas Sub-Regiões^{lxxxiii} ($p=0,011$ e $0,010$). Há, igualmente, diferenças estatisticamente significativas entre os centros de saúde (dados não apresentados) no que se refere às expectativas actuais em relação à carreira^{lxxxiv} ($p=0,037$).

No que se refere à satisfação no trabalho, quanto maiores as expectativas actuais em relação à carreira maior é a pontuação global da satisfação no trabalho (Coef. de Correlação de Spearman; $\rho=0,500$; $p<0,001$)^{lxxxv} apresentando, ainda, correlações com os seis factores da satisfação no trabalho todas positivas e nenhuma maior do que a encontrada na correlação com a pontuação global (quadro 6.30).

		Factor 1 Pressão e exigência no trabalho	Factor 2 Condições para o exercício profissional	Factor 3 Interesse do trabalho	Factor 4 Adequação para o trabalho	Factor 5 Recompensa pelo trabalho	Factor 6 - Relações inter-pessoais e autonomia
Expectativas actuais Quanto à Carreira de MGF, de 5 - Muito boas a 1 - Muito Más	Coef. de Correlação de Spearman	0,403	0,202	0,478	0,181	0,411	0,216
	p	<0,001	0,001	<0,001	0,002	<0,001	<0,001

Quadro 6.30 – Correlação entre expectativas quanto à carreira e factores de ST

^{lxxxiii} Utilizou-se o teste Oneway ANOVA; Tukey HSD

^{lxxxiv} Utilizou-se o teste Oneway ANOVA; Tukey HSD

^{lxxxv} Foi utilizado o Coef. de Correlação ρ de Spearman **por duas razões: nem sempre se cumpria a normalidade na distribuição dos dados nem se retiraram outliers.**²

6.2.4.2.4 Cognições dos médicos de família para a saída ou a permanência na profissão, carreira e centro de saúde onde exerce e associações com outras variáveis

Outra área de análise foi a relativa às cognições para a saída ou permanência na profissão, carreira e local de trabalho dos médicos de família, ou seja, quantos exprimem a vontade, caso houvesse essa possibilidade, para mudar de profissão, de carreira e/ou de centro de saúde.

A questão utilizada para avaliar esta dimensão foi a seguinte: "Se tivesse possibilidade de voltar ao princípio, hoje escolheria:"^{lxxxvi}

	1-Não	2-Sim	3-Talvez	4-Não sabe
01 – A mesma profissão				
02 – A mesma carreira				
03 – O mesmo Centro de Saúde onde hoje trabalha				

São apresentados os quadros com as percentagens de médicos que responderam "Sim" – Quadro 6.30 - e com os que responderam "Não" – Quadro 6.31 -, as diferenças percentuais dizem respeito aos médicos que optaram pelas duas outras classes – "Não sei" e "Talvez".

Do total dos médicos, 84,3 % voltariam a escolher, inequivocamente, a profissão de médico, mas apenas 41,7% escolheriam de novo a carreira de Clínica Geral. Não voltariam a

^{lxxxvi} Graça L. A satisfação profissional dos profissionais de Saúde nos Centros de Saúde. In: Direcção Geral da Saúde, editores. Instrumentos para a melhoria contínua da qualidade. 1ªed. Coimbra: G.C. – Gráfica de Coimbra, lda; 1999.

escolher a mesma profissão 8,9% dos médicos questionados, 34,1% não escolheriam a mesma carreira e numa percentagem menor, 236%, não escolheriam o actual centro de saúde para trabalharem.

	"Se tivesse possibilidade de voltar ao princípio, hoje <u>voltaria a</u> escolher?"		
Centros de Saúde	A mesma Profissão	A mesma Carreira	O mesmo Centro de Saúde
Total Sub-Região Lisboa	164 84,1%	80 41,7%	79 43,4%
Total Sub-Região Santarém	41 87,2%	24 51,1%	20 43,5%
Total Sub-Região Setúbal	52 82,5%	22 34,9%	21 34,4%
Total Geral	257 84,3%	126 41,7%	120 41,5%

Quadro 6.31 - Comparação entre Sub-Regiões de Saúde quanto às cognições para mudar de profissão, de carreira e de CS onde trabalha - resposta à questão: "Se tivesse possibilidade de voltar ao princípio, hoje voltaria a escolher?" (em números absolutos e percentagens)

	"Se tivesse possibilidade de voltar ao princípio, hoje <u>não voltaria a</u> escolher?"		
Centros de Saúde	A mesma Profissão	A mesma Carreira	O mesmo Centro de Saúde
Total Sub-Região Lisboa	18 9,2%	68 35,4%	43 23,6%
Total Sub-Região Santarém	3 6,4%	12 25,5%	12 26,1%
Total Sub-Região Setúbal	6 9,5%	23 36,5%	18 29,5%
Total Geral	27 8,9%	103 34,1%	73 23,6%

Quadro 6.32- Comparação entre Sub-Regiões de Saúde quanto às cognições para mudar de profissão, de carreira e de centro de saúde onde trabalha - resposta à questão: "Se tivesse possibilidade de voltar ao princípio, hoje não voltaria a escolher?" (em números absolutos e percentagens)

Não há diferenças estatisticamente significativas quanto às cognições para a saída ou permanência na profissão, carreira e local de trabalho dos médicos de família entre os dois sexos nem entre exercer clínica privada ou não.

Os médicos^{lxxxvii} que, se pudessem voltar ao princípio, escolheriam de novo a mesma profissão ($p=0,012$), os que voltariam a escolher a mesma carreira ($p<0,001$) e os que voltariam a escolher o mesmo centro de saúde onde actualmente trabalham ($p=0,002$) tinham maiores expectativas actuais em relação à carreira^{lxxxviii}. Quanto às associações em relação à satisfação no trabalho^{lxxxix}:

^{lxxxvii} Optou-se por fazer dois grupos: os que responderam sim num e todos os outros no outro grupo.

^{lxxxviii} Utilizou-se o teste t para amostras independentes.

^{lxxxix} Utilizou-se o teste t para amostras independentes.

- os médicos^{xc} que, se pudessem voltar ao princípio, escolheriam de novo a mesma profissão tinham maior satisfação nos factores do interesse do trabalho ($p=0,001$), da adequação para o trabalho ($p<0,001$) e das relações interpessoais e autonomia ($p=0,016$) assim como na pontuação global da satisfação no trabalho ($p=0,001$);
- os médicos que, se pudessem voltar ao princípio, escolheriam de novo a mesma carreira tinham maior satisfação nos factores da pressão e exigência no trabalho ($p=0,025$), do interesse do trabalho ($p<0,001$), da adequação para o trabalho ($p=0,016$) e da recompensa pelo trabalho ($p<0,001$) assim como na pontuação global da satisfação no trabalho ($p<0,001$);
- os médicos^{xc} que, se pudessem voltar ao princípio, escolheriam de novo o mesmo centro de saúde onde actualmente trabalham tinham maior satisfação em todos os factores da satisfação no trabalho considerados - na área da pressão e exigência no trabalho ($p=0,018$), das condições para o exercício profissional ($p<0,001$), do interesse do trabalho ($p<0,001$), da adequação para o trabalho ($p=0,003$) e da recompensa pelo trabalho ($p<0,001$) das relações interpessoais e autonomia ($p<0,001$), assim como na pontuação global da satisfação no trabalho ($p<0,001$).

6.2.4.2.5 Auto-apreciação do estado de saúde dos médicos de família e associações com outras variáveis

Avaliou-se igualmente a auto-apreciação do estado de saúde dos médicos de família utilizando-se a questão “Em geral, diria que a sua saúde é:” numa escala de 5 classes – óptima, muito boa, boa,

^{xc} Optou-se por fazer dois grupos: os que responderam sim num e todos os outros no outro grupo.

^{xc} Optou-se por fazer dois grupos: os que responderam sim num e todos os outros no outro grupo.

razoável e fraca. O Quadro 6.32 apresenta os resultados comparativos relativos aos médicos de família das várias Sub-Regiões. Os médicos de família avaliam a sua própria saúde, em 45,7% dos casos nas duas piores classes – razoável ou fraca – e apenas 4,3% a consideram ótima e um pouco mais – 10,5% - como muito boa. Há 5 centros de saúde com mais de 20% dos médicos a reportarem uma saúde fraca, a classe mais baixa da escala (dados não apresentados nos quadros). A Sub-Região de Saúde de Lisboa é a que tem a maior percentagem de médicos a classificarem a sua saúde como fraca – 11,9%, embora a Sub-Região de Saúde de Setúbal tenha 54% dos médicos nas duas classes referentes às piores auto-apreciações do estado de saúde.

Centros de Saúde	Em geral, diria que a sua saúde é:				
	Ótima	Muito Boa	Boa	Razoável	Fraca
Total Sub-Região Lisboa	10 5,2%	21 10,8%	81 41,8%	59 30,4%	23 11,9%
Total Sub-Região Santarém	3 6,4%	3 6,4%	18 38,3%	21 44,7%	2 4,3%
Total Sub-Região Setúbal	0	8 12,7%	21 33,3%	32 50,8%	2 3,2%
Total Geral	13 4,3%	32 10,5%	120 39,5%	112 36,8%	27 8,9%

Quadro 6.32 - Comparação entre as várias Sub-Regiões de Saúde quanto à auto-apreciação do estado de saúde dos médicos de família (em números absolutos e percentagens)

A auto-percepção da saúde e a satisfação no trabalho estão correlacionadas de um modo mais forte com a pontuação global da satisfação no trabalho (Coef. de Correlação de Spearman; $\rho=0,352$; $p=0,000$) mas igualmente com cinco dos seis factores da satisfação no trabalho, todas positivas mas menos fortes do que com a pontuação global (quadro 6.33).

		Factor 1 Pressão e exigência no trabalho	Factor 2 Condições para o exercício profissional	Factor 3 Interesse do trabalho	Factor 4 Ade- quação para o trabalho	Factor 6 Relações inter- pessoais e autonomia
Auto- percepção do Estado de Saúde, numa escala de 5 - óptima a 1 - fraca	Coef. de Correlaçã o de Spearman	0,191	0,204	0,220		0,164
	p	0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,005

Quadro 6.34 – Correlação entre auto-percepção do estado de saúde e factores de satisfação no trabalho

Os médicos que, se pudessem voltar ao princípio, escolheriam a mesma profissão^{xcii} ($p=0,011$), os que voltariam a escolher a mesma carreira ($p=0,002$) e os que voltariam a escolher o mesmo centro de saúde onde actualmente trabalham ($p=0,019$) se voltassem ao princípio tinham melhores auto-percepções da saúde^{xciii}.

6.2.4.2.6 Condições de exercício dos médicos de família nos centros de saúde e associações com outras variáveis

Estes são resultados da apreciação da Comissão (da Secção Regional do Sul da Ordem dos Médicos) de Avaliação das Condições Técnicas para a Actividade dos Médicos de Família nos Centros de Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo efectuada em 2002/2003.

Os resultados encontrados mostram que os centros de saúde com maior número de extensões e maior dispersão geográfica são os

^{xcii} Optou-se por fazer dois grupos: os que responderam sim num e todos os outros no outro grupo.

^{xciii} Utilizou-se o teste t para amostras independentes.

das zonas rurais, particularmente os centros de saúde da sub-região de Santarém. Em relação à existência de sector de internamento, verificou-se também diferenças nos centros de saúde das três sub-regiões, sendo que na sub-região de Santarém nenhum dos centros de saúde possui internamento, em contraste com a sub-região de Setúbal onde metade dos centros visitados possui este sector. Os centros de saúde da sub-região de saúde de Lisboa são os que têm um maior número de utentes por centro de saúde.

Sub-Região de Saúde	Distância da Sede ao Hospital referência (Km)	Distância das extensões à Sede (Km)			Nº médio de utentes Inscritos por centro de saúde (SINUS)	Nº médio de unidades por centro de saúde	Internamento*
		Max	Média	Min			
Total Sub-Região Lisboa	9,9	34	5,3	0	40127	5	16,7%
Total Sub-Região Santarém	15,3	40	13,3	0	27412	10	0%
Total Sub-Região Setúbal	27,7	40	15,2	2	33759	5	50%
Total Geral	15,7	40	10	0	35356	6,2	21%

* Percentagem de centros de saúde com internamento

Quadro 6.35- Características dos CS- dispersão geográfica, utentes inscritos, número de unidades e internamento.

Na sua maioria (60%) os edifícios das unidades de saúde não foram construídos para o efeito, muitas destas instalações estão degradadas (32%) e possuem barreiras arquitectónicas que dificultam o acesso ao seu interior de utentes com mobilidade diminuída (30%). Os centros de saúde da sub-região de Lisboa destacam-se dos das outras sub-regiões pelo elevado número de unidades com instalações não degradadas, possuindo acessibilidades para utentes com

mobilidade diminuída e boa organização dos seus espaços, muito embora a maioria destas unidades sejam edifícios adaptados.

Sub-Região de Saúde	Edifício		Estado das Instalações		Acessibilidades para deficientes		Organização dos Espaços	
	Origem	Adaptado	Não degradado	Degradado	Sim	Não	Boa	Má
Total Sub-Região Lisboa	28%	72%	81%	19%	84%	16%	81%	19%
Total Sub-Região Santarém	46%	54%	62%	38%	59%	41%	64%	36%
Total Sub-Região Setúbal	50%	50%	52%	48%	67%	33%	80%	20%
Total Geral	40%	60%	68%	32%	70%	30%	74%	26%

Quadro 6.36 – Características dos edifícios das unidades de saúde – origem, estado das instalações, acessibilidade, organização dos espaços

Na grande maioria das unidades as condições de higiene são boas (89%), as salas de espera são adequadas (79%) e possuem gabinetes adequados à vigilância de grupos vulneráveis (Saúde Materna, Saúde Infantil e Planeamento Familiar). A sub-região de Lisboa é a que possui a maior percentagem de unidades equipadas com gabinetes destinados à Saúde Infantil, Planeamento Familiar e Saúde Materna, e foi também nesta sub-região que se encontrou a maior percentagem de unidades com salas de espera adequadas. A sub-região de Saúde de Lisboa é, ainda, a que tem maior percentagem de instalações com boas condições de higiene. Uma característica importante é a média de médicos por gabinete (varia na amostra de centros de saúde entre 1 e 2 médicos por gabinete) e vemos que a situação é pior na sub-região de saúde de Lisboa.

Analisando a satisfação no trabalho por sub-região de Saúde verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas entre

centros de saúde, evidenciando que existem particularidades entre centros de saúde que fazem diferença em termos da satisfação no trabalho.

O número de médicos de família por gabinete de consulta está correlacionado com a questão 21 - *O meu Centro de Saúde tem as condições físicas suficientes para o meu trabalho* (Coef. de Correlação de Spearman; $\rho=-0,128$; $p=0,029$) e a questão 8 - *Tenho interesse pelas coisas que faço* (Coef. de Correlação de Spearman; $\rho=-0,122$; $p=0,037$).

A satisfação com o *factor 2 - Condições para o exercício profissional* surge correlacionada com uma série de variáveis relacionadas com instalações e equipamentos:

- percentagem de edifícios do centro de saúde que foram construídos para serem unidades de saúde de origem (Coef. de Correlação de Spearman; $\rho=0,169$; $p=0,004$)
- percentagem de edifícios do centro de saúde com instalações degradadas (Coef. de Correlação de Spearman; $\rho=-0,150$; $p=0,011$);
- percentagem de edifícios do centro de saúde com salas de espera inadequadas (Coef. de Correlação de Spearman; $\rho=-0,164$; $p=0,005$);
- percentagem de edifícios do centro de saúde com má organização dos espaços (Coef. de Correlação de Spearman; $\rho=-0,196$; $p=0,001$);
- percentagem de edifícios do centro de saúde com má higiene (Coef. de Correlação de Spearman; $\rho=-0,158$; $p=0,007$).

É importante lembrar que esta avaliação das instalações e equipamentos foi feita, não pelos médicos que responderam ao

questionário, mas por uma comissão técnica da Secção Regional Sul da Ordem dos Médicos.

Sub-Região de Saúde	Média de Médicos por Gabinete	Extensões do CS com condições de higiene "boas" (%)	Extensões com Gabinetes de Saúde Infantil (%)	Extensões com Gab.Saúde Materna/Planeam. Familiar (%)	Extensões com salas de espera adequadas (%)
Total Sub-Região Lisboa	1,5	95%	83%	89%	84%
Total Sub-Região Santarém	1,3	85%	67%	67%	79%
Total Sub-Região Setúbal	1,2	83%	88%	78%	69%
Total geral	1,4	89%	80%	81%	79%

Quadro 6.37 – Características dos edifícios das unidades de saúde – média de médicos por gabinete, extensões (boas condições de higiene, gabinetes de saúde infantil, saúde materna/ planeamento familiar, salas de espera adequadas)

Apenas dois centros de saúde não têm utentes inscritos sem Médico de Família. A sub-região de Setúbal é a que regista a maior percentagem de utentes inscritos em SINUS que não têm médico de família. Nesta sub-região, existiam dois centros de saúde com um quarto dos utentes inscritos sem médico de família. A percentagem de médicos com 42h de horário semanal (em relação aos que têm 35 horas) é a mesma nas três sub-regiões, cerca de 63%. Em média, os médicos de família fazem 3,5 horas extra por semana, para além do horário contratado.

O número de utentes sem médico atribuído por utente inscrito surge correlacionado com o *factor 3 - Interesse do trabalho* (Coef. de Correlação de Spearman; rho=-0,134; p=0,023) e a pontuação global da satisfação no trabalho (Coef. de Correlação de Spearman; rho=-0,119; p=0,043).

Sub-Região de Saúde	Utentes sem médico de família atribuído (%)	Utentes/ Médico Família	Médicos com regime de trabalho de 42H (%)	Horas Extra Médico/Semana
Total Sub-Região Lisboa	10%	1609	63,8%	2,3
Total Sub-Região Santarém	8%	1822	63,1%	4,2
Total Sub-Região Setúbal	18%	1629	63,6%	4,2
Total Geral	13%	1671	63,6%	3,5

Quadro 6.38 - Características das sub-regiões – utentes sem médico de família e rácio utentes / médico de família

Quanto aos recursos humanos identificaram-se os diversos estratos profissionais que trabalham nos centros de saúde em que há situações bastantes díspares (entre parênteses o mínimo e o máximo de número de profissionais de cada estrato profissional encontrados nos centros de saúde): médicos de família (4-42), enfermeiros (8-38), administrativos (6-48), médicos de Saúde Pública (0-4) e outros profissionais (oscilando entre nenhuma outra profissão e 5 outras profissões presentes no centro de saúde) incluindo técnicos do serviço social, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, higienistas orais e outros.

Sub-Região de Saúde	Número médio de médicos de família por CS	Média de enfermeiros por CS	Rácio de enfermeiros/ médicos de família	Número médio de médicos de Saúde Pública por CS	Número médio de administrativos por CS*	Rácio administrativos / médicos de família
Total Sub-Região Lisboa	22,1	19,9	0,9	1,4	22,2	1
Total Sub-Região Santarém	14,0	17,8	1,3	0,8	20,7	1,1
Total Sub-Região Setúbal	16,5	25,3	1,5	1,3	25,6	1,4
Total Geral	18,7	20,8	1,1	1,3	22,6	1,2

* em dois centros de saúde não foi possível obter o número de administrativos

Quadro 6.39 - Características das sub-regiões – recursos humanos dos CS por grupo profissional

Na sub-região de Lisboa verifica-se o rácio mais baixo entre o número de enfermeiros e o número de médicos, assim como entre o número de administrativos e o de médicos. De realçar, ainda, que quatro centros de saúde não tinham qualquer médico de Saúde Pública.

O número de enfermeiros por médico de família está correlacionado com o *factor 2 - Condições para o exercício profissional* (Coef. de Correlação de Spearman; $\rho=0,122$; $p=0,039$).

Os rácios entre o número de enfermeiros e o número de médicos em relação ao número de utentes são apresentados no quadro 6.39. Regista-se uma grande assimetria entre centros de saúde com centros de saúde com o dobro de utentes inscritos por médico de família do que outros ou com 645 utentes sem médico de família atribuído por cada médico de família ou sem nenhum, registando-se a situação mais deficitária em Setúbal. No caso dos enfermeiros a assimetria é ainda maior chegando a haver uma diferença de quatro vezes mais entre centros de saúde, sendo a situação mais deficitária em Lisboa.

	Média	Mediana	Máximo	Mínimo
Nº de utentes inscritos por médico de família	1900,4	1853,2	2777,5	1253,5
Nº de utentes inscritos com médico por médico de família	1650,5	1618,9	2205,5	1119,4
Nº de utentes sem médico atribuído por médico de família	249,9	174,9	645,0	0,0
Nº de utentes sem médico atribuído por utente inscrito	0,1	0,1	0,3	0,0
Nº de utentes por enfermeiro	1694,0	1575,9	3234,5	733,8

Quadro 6.40- Rácios entre o número de enfermeiros e o número de médicos em relação ao número de utentes no total da amostra

6.2.4.2.7 Perfis de actividade assistencial e associações com outras variáveis

Estes dados foram obtidos directamente de estatísticas quer da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo quer da Administração Central do Sistema de Saúde.

São apresentados, igualmente, dados sobre a actividade assistencial de cada centro de saúde nomeadamente quanto às consultas efectuadas em ambulatório (por tipo de consulta: saúde infantil – 0-18 anos, adulto – 19-44 anos, adulto – 45-64 anos, adulto – 65 ou mais, planeamento familiar e saúde materna) ou em serviço de atendimento permanente ou atendimento complementar (que inclui as consultas que não são efectuadas pelo médico de família atribuído àquele utente por ausência deste ou quando a sua capacidade de atendimento se esgota e as consultas aos utentes sem médico de

família atribuído e que vulgarmente se classificam de “consultas de urgência” dos centros de saúde).

Em relação a estes dados surgem, repetidamente, dúvidas sobre a qualidade da sua recolha que não obedecia, na altura, a nenhum controlo e eram recolhidos manualmente com base na informação dos profissionais que não era auditada de modo algum, ao contrário dos dados relativos à prescrição e meios complementares de diagnóstico e terapêutica que derivavam da conferência de facturas, actividade com um elevado grau de controlo. De facto, para os dados da actividade assistencial não se conseguiu encontrar qualquer associação estatisticamente significativa.

	Média	Mediana	Máximo	Minímo
Número de consultas de ambulatório (Planeamento Familiar + Saúde Materna + Saúde Infantil + Adultos + Domicílios) por médico de família em 2003	4.411,5	3.815,3	7.193,8	2.810,3
Número de consultas de urgência (Atendimento Complementar+ Serviço de Atendimento Permanente) por médico de família em 2003	1.798,7	1.455,5	5.063,4	431,1
Número de consultas total (Atendimento Complementar+ Serviço de Atendimento Permanente +ambulatório) por médico de família em 2003	6.210,2	6.169,5	9.142,9	3.607,0
Número de consultas no domicílio por médico de família do centro de saúde em 2003 (dados ACSS)	37,6	19,3	328,5	4,9

Quadro 6.41- Actividade assistencial na ARSLVT em 2003- I

	Média	Mediana	Máximo	Minímo
Número de consultas de Planeamento Familiar por médico de família do centro de saúde em 2003 (dados ACSS)	108,2	93,8	238,0	35,6
Número de consultas de Saúde Materna por médico de família do centro de saúde em 2003 (dados ACSS)	89,2	91,1	149,0	41,7
Número de consultas de Saúde Infantil por médico de família do centro de saúde em 2003 (dados ACSS)	379,6	388,6	921,5	142,1
Número de consultas de Saúde de Adultos dos dois sexos 19-44 anos por médico de família do centro de saúde em 2003 (dados ACSS)	831,5	808,0	1.693,8	370,7
Número de consultas de Saúde de Adultos dos dois sexos 45-64 anos por médico de família do centro de saúde em 2003 (dados ACSS)	1.233,7	1.149,7	2.014,3	690,3
Número de consultas de Saúde de Adultos dos dois sexos 65 ou mais anos por médico de família do centro de saúde em 2003 (dados ACSS)	1.731,6	1.556,6	2.772,0	846,1

Quadro 6.42 - Actividade assistencial na ARSLVT em 2003- II

6.2.4.2.8 Perfis de prescrição de medicamentos e exames complementares de diagnóstico e associações com outras variáveis

Estes são, igualmente, dados que foram obtidos directamente de estatísticas quer da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo quer da Administração Central do Sistema de Saúde.

São agora apresentados dados sobre os perfis de prescrição de medicamentos e exames complementares de diagnóstico e terapêutica (radiografias, análises, etc) no total dos 23 centros de

saúde estudados para os dois anos em que foram colhidos os dados da satisfação no trabalho (para os medicamentos, uma vez que existiam dados para os dois anos optou-se por fazer uma média dos dois e utilizar esses dados para diminuir o efeito de um eventual ano atípico; para os meios complementares de diagnóstico apenas existiam dados para o ano de 2003). Procurou-se construir e realçar indicadores que pudessem estar relacionados com a qualidade dos cuidados e/ou fossem objectivos do Ministério da Saúde, como a percentagem de medicamentos genéricos prescrita ou a contenção de custos. Tentou-se, ainda, garantir a comparabilidade dos dados ao dividir os dados por médicos de família em exercício no centro de saúde ou utentes ou percentagens em relação ao total. São, no entanto, dados ecológicos devendo ser interpretados como tal mas, também, são os únicos disponíveis para análise.

	Média	Mediana	Máximo	Mínimo
Despesa para SNS anual com medicamentos (genéricos + não-genéricos) em euros - Média 2002/2003	2.771.263	2.657.892	6.902.313	618.271
Despesa para SNS anual com medicamentos (genéricos + não-genéricos) em euros - Média 2002/2003 por utente	79.23	76.17	121.41	50.20
Despesa para SNS anual com medicamentos (genéricos + não-genéricos) em euros - Média 2002/2003 por utente e por médico	6.55	4.06	18.85	1.74
Despesa para SNS anual com medicamentos (genéricos + não-genéricos) por embalagem prescrita em euros - Média 2002/2003	10.31	10.16	12.13	9.50
Quantidade de embalagens anual (genéricos + não -genéricos) - Média 2002/2003 por utente	7.68	7.77	11.48	4.42
Quantidade de embalagens anual (genéricos + não -genéricos) - Média 2002/2003 por utente e por médico de família	0.63	.39	1.86	0.17
Percentagem de embalagens de genéricos prescritas em relação ao total - Média 2002/2003 (média da unidade)	5.33	5.14	6.80	3.92
Percentagem da despesa para SNS com genéricos em relação ao total em euros Média 2002/2003 (média da unidade)	8.76	8.84	10.78	6.47
Custo anual participado dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica pedidos (2003) por utente e por médico de família	2.94	1.77	8.57	0.95
Número dos Meios Complementares pedidos (2003) por utente e por médico de família	0.46	.27	1.30	0.14

Quadro 6.43 – Despesas com medicamentos e exames complementares de diagnóstico no total da amostra dos 23 CS estudados

A percentagem de embalagens de medicamentos genéricos em relação ao total de medicamentos prescritos (média 2002/2003 do centro de saúde) não surge correlacionada com nenhum dos factores mas sim com algumas questões individuais do questionário:

- questão 8 - Tenho interesse pelas coisas que faço (Coef. de Correlação de Spearman; $\rho=0,165$; $p=0,005$)
- questão 13 - Ocupo o posto que mereço (Coef. de Correlação de Spearman; $\rho=0,162$; $p=0,006$);
- questão 17 - Dou conta do trabalho que tenho de realizar (Coef. de Correlação de Spearman; $\rho=0,140$; $p=0,017$);
- questão 18 - Encontro-me capacitado para o meu trabalho (Coef. de Correlação de Spearman; $\rho=0,156$; $p=0,008$).

A percentagem da despesa com genéricos em relação ao total do valor de medicamentos prescritos participado pelo Serviço Nacional de Saúde (média 2002/2003 do centro de saúde) não surge, igualmente, correlacionada com nenhum dos factores mas sim com algumas questões individuais do questionário:

- questão 8 - Tenho interesse pelas coisas que faço (Coef. de Correlação de Spearman; $\rho=0,119$; $p=0,043$)
- questão 13 - Ocupo o posto que mereço (Coef. de Correlação de Spearman; $\rho=0,118$; $p=0,045$);
- questão 17 - Dou conta do trabalho que tenho de realizar (Coef. de Correlação de Spearman; $\rho=0,168$; $p=0,004$);
- questão 18 - Encontro-me capacitado para o meu trabalho (Coef. de Correlação de Spearman; $\rho=0,151$; $p=0,010$).

Resumindo, várias facetas da satisfação no trabalho surgem correlacionadas com perfis de prescrição: quanto maior a satisfação dos MF com o interesse da actividade, com o posto que ocupam no CS, com a sua capacidade para fazer face ao trabalho que têm de fazer e com a sensação de darem conta do trabalho que têm de realizar, maior a percentagem de embalagens de genéricos em

relação ao total de embalagens de medicamentos prescritas e maior a fatia da despesa com medicamentos genéricos em relação ao total dos medicamentos prescritos.

A despesa com os meios complementares de diagnóstico e terapêutica (mcdt) pedidos em 2003 por utente do centro de saúde surge correlacionada com a satisfação com o *Factor 2 - Condições para o exercício profissional* (Coef. de Correlação de Spearman; $\rho = -0,127$; $p = 0,031$).

O número dos m pedidos em 2003 por utente do centro de saúde surge correlacionado com a satisfação com o *Factor 2 - Condições para o exercício profissional* (Coef. de Correlação de Spearman; $\rho = -0,149$; $p = 0,011$).

Portanto, quando aumenta a satisfação com as condições para o exercício profissional diminui o número e a despesa com os meios complementares prescritos.

6.2.4.2.9 Modelos de regressão linear múltipla

A criação de modelos de explicação da satisfação no trabalho pode ser de grande utilidade para uma melhor gestão dos serviços. Estes modelos permitem saber que factores influenciam um resultado e com que peso relativo; possibilitam apostar, justificadamente, na colheita de alguns dados em detrimento de outros; permitem construir cenários; fornecem a base para uma reflexão útil.

A técnica escolhida foi a construção de modelos de regressão linear múltipla, em que uma variável, considerada dependente, é testada em relação a um conjunto de outras variáveis consideradas independentes, conseguindo-se perceber como a primeira varia conforme a variação conjunta das outras².

Neste estudo trabalhou-se com duas bases de dados:

- a base dos médicos de família - com 290 registos com as respostas dos médicos individuais (como o sexo ou a idade; ver anexo 4) a que se juntaram variáveis ecológicas calculadas para cada um dos 23 centros de saúde a que pertenciam os médicos e assumindo-se que representavam o valor de cada médico para essas variáveis (como o número de utentes inscritos por médico de família que era a média de todos os médicos do centro de saúde; ver anexo 4);
- a base dos centros de saúde - com 23 registos com as médias das respostas dos 290 médicos calculadas em termos de média de cada um dos 23 centros de saúde analisados e as variáveis ecológicas (ver anexo 4).

As tentativas com a primeira das bases de dados não resultaram em modelos que cumprissem os requisitos de normalidade ou de ajustamento necessários ou, então, conseguiam explicar apenas pequenas percentagens da variação.

Optou-se, então, por utilizar a base de dados dos centros de saúde que tem 23 casos, um número abaixo do considerado desejável para a construção deste tipo de modelos. No entanto, estes 23 casos representam 290 observações agregadas nesses 23 e os modelos que se conseguiram obter cumprem todos os outros requisitos e são interpretáveis de um modo muito directo e claro. Adicionalmente, os resultados obtidos com estes modelos estão muito alinhados com os resultados das análises bivariadas e os outros estudos desta tese assim como com a bibliografia (ver secção 7). Considerou-se, portanto e na ausência de outros modelos, útil continuar com a interpretação destes modelos.

Para cada um dos modelos foram testadas múltiplas soluções com a introdução das variáveis, à partida com maior probabilidade de poderem ser relevantes na explicação das variáveis dependentes. Nos modelos finais, foram seleccionadas 27 variáveis apresentadas no anexo 7.

Para a construção dos modelos utilizou-se o procedimento *stepwise* para a introdução das variáveis no modelo não se tendo utilizado nenhuma transformação potência e não foram retirados outliers. Nenhum dos modelos apresentava colinearidades significativas (todos com VIF inferior a 3,5)

Os modelos obtidos são representados por fórmulas em que a variável dependente estudada é igual a uma constante (apresentada no início da fórmula) mais os valores das variáveis independentes que estão precedidas por um sinal +, ponderadas pelo coeficiente apresentado (o número antes da denominação da variável) e menos os valores das variáveis precedidas por um sinal -. Estes coeficientes não significam um maior peso na sua influência para o resultado final da variável dependente, mas têm relação unicamente com a grandeza da variável a que dizem respeito. A importância da variável

no modelo é dada pela grandeza do p-value (não apresentado), sendo que quanto menor o valor do p, maior a importância da variável no modelo.

Para cada modelo é apresentada ainda uma figura que representa as diferenças entre os resultados observados (recta) e modelados (pontos) dos resíduos do modelo de regressão construído; quanto maior a sobreposição entre uma e outra, mais ajustado está o modelo.

Para a **pontuação global da satisfação no trabalho** (média de todas as 22 questões do questionário), obteve-se um modelo que explica 84,0% da variação total com a seguinte fórmula (as variáveis são apresentadas por ordem decrescente de importância)^{xciv}

Pontuação global da satisfação no trabalho =

1,595

+ 0,390 x auto-percepção do estado de saúde (numa escala de 5 - ótima a 1 - fraca; média da unidade)

+ 0,225 x expectativas actuais quanto à carreira de MGF, (de 5 - Muitas boas a 1 - Muito Más; média da unidade)

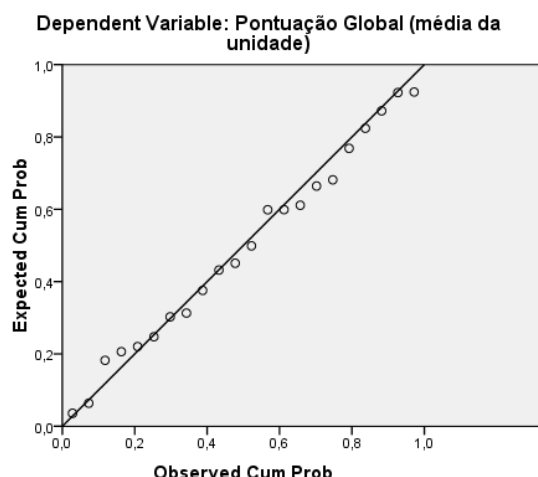
- 0,004 x percentagem de edifícios do centro de saúde com instalações degradadas

+ 0,229 x número de enfermeiros por médico de família

- 0,0002 x número de utentes inscritos por médico de família.

^{xciv} A análise dos resíduos revelou uma distribuição normal - teste Shapiro-Wilk e de Kolmogorov-Smirnov com correcção de Liliefors $p > 0,20$.

Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual



Portanto, a satisfação no trabalho dos médicos de família, em termos globais, está associada a duas características individuais dos médicos - aumentando com o aumento do nível de saúde auto-percepcionado de cada médico e a apreciação que faz das expectativas em relação à carreira – e três características contextuais – aumentando com o número de enfermeiros por médico de família e diminuindo com o aumento da percentagem de edifícios do centro de saúde com instalações degradadas e do número de utentes inscritos^{x_{cv}}.

Para o **Factor 1 - Pressão e exigência no trabalho** (média da unidade), obteve-se um modelo que explica 74,8% da variação total e a seguinte fórmula (as variáveis são apresentadas por ordem decrescente de importância):^{x_{cv}}

Factor 1 - Pressão e exigência no trabalho =

1,013

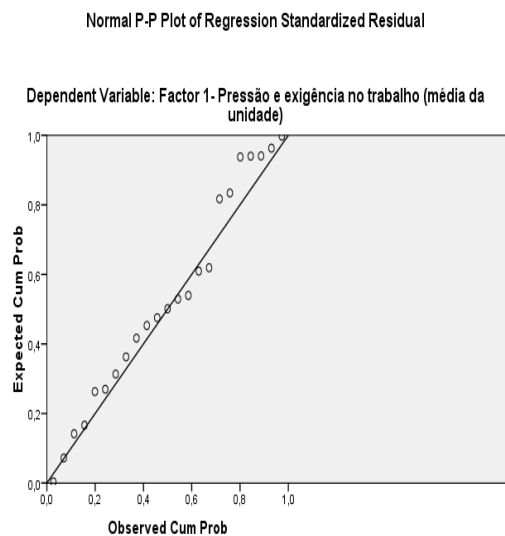
+ 0,502 x auto-percepção do estado de saúde (numa escala de 5 - ótima a 1 – fraca; média da unidade)

- 0,000007 x número de utentes inscritos

^{x_{cv}} Ver a secção 7 – Discussão para uma discussão sobre cada modelo.

^{x_{cv}} A análise dos resíduos revelou uma distribuição normal - teste Shapiro-Wilk e de Kolmogorov-Smirnov com correcção de Lilieforts $p > 0,20$.

+ 1,428 x percentagem de médicos de família que são chefes de serviço a exercer no centro de saúde
 - 0,002 x percentagem de edifícios do centro de saúde com má organização dos espaços.



É novamente um modelo com uma percentagem de explicação elevada. A satisfação com a pressão e exigência no trabalho está associada a uma característica individual dos médicos - aumentando com o aumento do nível de saúde auto-percepcionado de cada médico - e três características contextuais - aumentando com o aumento da percentagem de médicos de família que são chefes de serviço a exercer no centro de saúde e diminuindo com o aumento do número de utentes inscritos e aumento da percentagem de edifícios do centro de saúde com má organização dos espaços.

Para o **Factor 2 - Condições para o exercício profissional** (média da unidade), obteve-se um modelo que explica 48,9% da variação total e a seguinte fórmula (as variáveis são apresentadas por ordem decrescente de importância):^{xcvii}

Factor 2 - Condições para o exercício profissional =

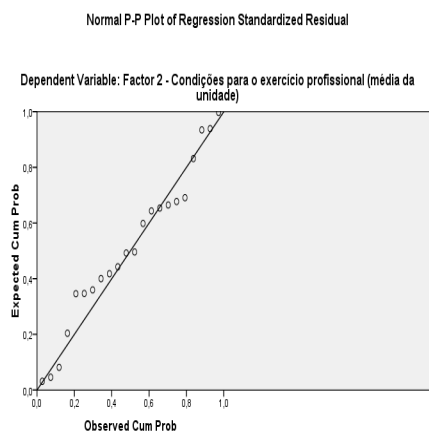
^{xcvii} A análise dos resíduos revelou uma distribuição normal - teste Shapiro-Wilk e de Kolmogorov-Smirnov com correcção de Lilliefors $p > 0,20$.

1,196

+ 0,008 x percentagem de edifícios do centro de saúde que foram construídos para serem unidades de saúde de origem

- 0,010 x percentagem de edifícios do centro de saúde com instalações degradadas

+ 0,581 x auto-percepção do estado de saúde (numa escala de 5 - óptima a 1 – fraca; média da unidade).



A satisfação com as condições para o exercício profissional estão associadas a uma característica individual dos médicos - aumentando com o aumento do nível de saúde auto-percepcionado de cada médico – e duas características contextuais – aumentando com o aumento da percentagem de edifícios do centro de saúde que foram construídos para serem unidades de saúde de origem e diminuindo com o aumento da percentagem de edifícios do centro de saúde com instalações degradadas.

Para o **Factor 3 - Interesse do trabalho** (média da unidade), obteve-se um modelo que explica 55,6% da variação total e a seguinte fórmula (as variáveis são apresentadas por ordem decrescente de importância):^{xcviii}

xcviii A análise dos resíduos revelou uma distribuição normal - teste Shapiro-Wilk e de Kolmogorov-Smirnov com correcção de Lilliefors $p > 0,20$.

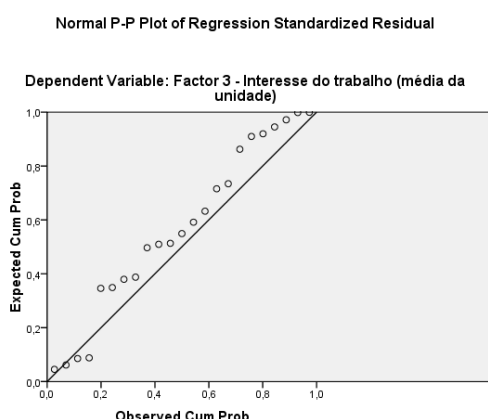
Factor 3 - Interesse do trabalho =

1,404

+ 0,266 x auto-percepção do estado de saúde (numa escala de 5 - óptima a 1 – fraca; média da unidade)

+ 0,347 x expectativas actuais quanto à carreira de MGF, (de 5 - Muitos boas a 1 - Muito Más; média da unidade)

+ 0,012 x número de médicos de família no centro de saúde.



A satisfação com o interesse do trabalho está, novamente, associado às mesmas duas características individuais dos médicos - aumentando com o aumento do nível de saúde auto-percebido de cada médico e a apreciação que faz das expectativas em relação à carreira – e uma característica contextual – aumentando com o aumento da número de médicos de família no centro de saúde.

Para o **Factor 4 - Adequação para o trabalho** (média da unidade), obteve-se um modelo que explica 62,6% da variação total e a seguinte fórmula (as variáveis são apresentadas por ordem decrescente de importância)^{xcix}

Factor 4 - Adequação para o trabalho =

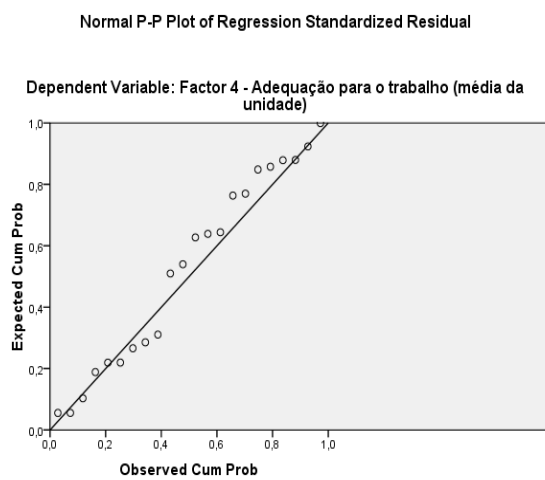
^{xcix} A análise dos resíduos revelou uma distribuição normal - teste Shapiro-Wilk e de Kolmogorov-Smirnov com correcção de Lilieforts $p > 0,20$.

2,293

+ 0,378 x auto-percepção do estado de saúde (numa escala de 5 - óptima a 1 – fraca; média da unidade)

+ 0,290 x expectativas actuais quanto à carreira de MGF, (de 5 - Muitos boas a 1 - Muito Más; média da unidade)

- 0,003 x percentagem de edifícios do centro de saúde com instalações degradadas.



A satisfação com a adequação para o trabalho está, igualmente, associada a duas características individuais dos médicos - aumentando com o aumento do nível de saúde auto-percebido de cada médico e a apreciação que faz das expectativas em relação à carreira – e uma característica contextual – diminuindo com o aumento da percentagem de edifícios do centro de saúde com instalações degradadas.

Para o **Factor 5 - Recompensa pelo trabalho** (média da unidade) não foi possível obter modelos que cumprissem os critérios necessários.

Para o **Factor 6 - Relações interpessoais e autonomia** (média da unidade), obteve-se um modelo que explica 75,1% da variação total e

a seguinte fórmula (as variáveis são apresentadas por ordem decrescente de importância):^c

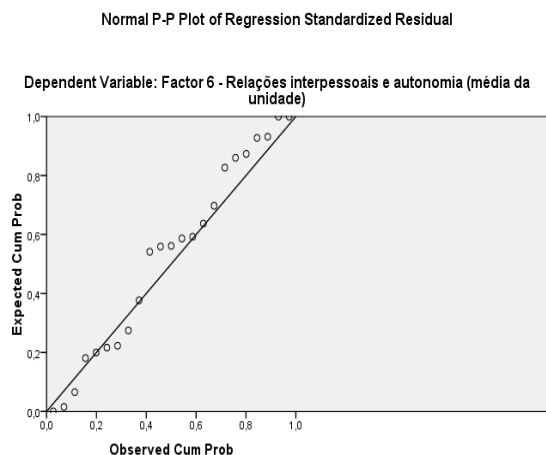
Factor 6 - Relações interpessoais e autonomia =

3,134

+ 0,052 x número de anos de actividade profissional no mesmo centro de saúde (média do centro de saúde)

+ 0,220 x auto-percepção do estado de saúde (numa escala de 5 - óptima a 1 – fraca; média da unidade)

- 0,042 x número de anos de exercício na profissão de médico (média do centro de saúde).



A satisfação com as relações interpessoais e autonomia estão associadas a três características individuais dos médicos - aumentando com o aumento do nível de saúde auto-percebido de cada médico, com o aumento do número de anos de actividade profissional no mesmo centro de saúde e diminuindo com o aumento do número de anos de exercício na profissão de médico.

Para além dos factores e da pontuação global, investigou-se igualmente, pela sua relevância, o comportamento de variáveis

^c A análise dos resíduos revelou uma distribuição normal - teste Shapiro-Wilk e de Kolmogorov-Smirnov com correcção de Lilliefors $p > 0,20$.

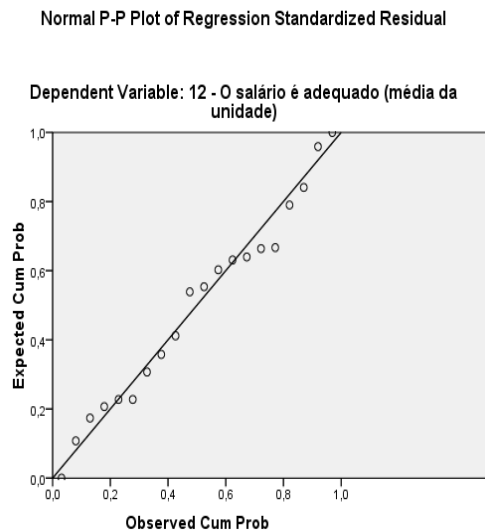
relacionadas com algumas das 22 questões que compunham o questionário de satisfação no trabalho.

Para a **Questão 12 - O salário é adequado** (média da unidade) obteve-se um modelo que explica 85,9% da variação total e a seguinte fórmula (as variáveis são apresentadas por ordem decrescente de importância)

Questão 12 - O salário é adequado =

0,565

- 0,00007 x número de utentes sem médico de família atribuído
- 0,203 x número de médicos de família por gabinetes de consulta
- + 0,011 x número de enfermeiros
- + 1,821 x percentagem de médicos de família a trabalhar no centro de saúde que obtiveram o título de especialista pela via do internato complementar
- + 0,064 x número de anos de actividade profissional no mesmo centro de saúde (média do centro de saúde)
- + 0, 0,0003 x número de utentes inscritos com médico de família atribuído por médico de família
- + 0,462 x percentagem de médicos de família com regime de trabalho de 42 horas em exclusividade.



No entanto, apesar do modelo relativamente ajustado e da alta percentagem da variação explicada, os critérios de normalidade dos resíduos não estão cumpridos, devendo este modelo ser considerado apenas como indicativo do caminho a seguir para se obter um modelo mais válido para explicar a variação desta área.

É uma fórmula mais extensa do que as outras, o que reforça a ideia de que há nesta área muitas dimensões a considerar.

É, ainda, uma área (como o factor 5 – recompensa pelo trabalho, para o qual não se conseguiu obter também um modelo que cumprisse todos os critérios desejáveis) em que a variabilidade deve ser grande resultado de diferenças pessoais, organizacionais (é o factor com que mais variáveis aparece associado nas análises bivariadas) mas também circunstanciais (por ex. despesas acrescidas, outras fontes de rendimento, dimensão da família e do rendimento familiar, etc.) dificultando a obtenção de modelos com as variáveis disponíveis essencialmente pessoais e organizacionais.

A satisfação com a adequação do salário está associada a três características individuais dos médicos e outras quatro contextuais.

No que se refere às características individuais, a satisfação com a adequação do salário aumenta com:

- o aumento da percentagem de médicos de família a trabalhar no centro de saúde que obtiveram o título de especialista pela via do internato complementar;
- o aumento do número de anos a exercer no mesmo centro de saúde e
- o aumento da percentagem de médicos de família com regime de trabalho de 42 horas em exclusividade.
- Quanto às características contextuais, a satisfação com a adequação do salário diminui com:
- o aumento do número de médicos de família por gabinete de consulta;
- o aumento do número de utentes sem médico de família atribuído;
- a diminuição do número de utentes inscritos com médico de família atribuído por médico de família; e
- a diminuição do número de enfermeiros.
-

6.2.4.3 Opinião dos médicos de família sobre o que há a mudar nos centros de saúde e as fontes de stresse nos centros de saúde

Nesta secção do estudo, questionaram-se os médicos sobre áreas a mudar e fontes de stresse no local de trabalho. O interesse desta secção reside na obtenção de informação sobre o que é prioritário para os médicos de família alterar no local de trabalho e o melhor modo de o fazer. Permite ainda ver se existe alinhamento entre os resultados do questionário e a opinião dos médicos expressa de um modo menos estruturado.

De evidenciar que a recolha dos dados desta secção foi efectuada em 2002/2003, devendo a interpretação destas conclusões ser efectuada nesse registo temporal.

As respostas - 1250 citações - foram ordenadas em grupos com a mesma área temática.

Áreas temáticas	Número de Citações obtidas	
	Áreas a mudar no local de trabalho	Fontes de stresse no local de trabalho
Organização / Gestão	290	271
Instalações e equipamento	150	63
Recursos humanos	118	42
Condições para o exercício profissional	66	8
Chefias	14	17
Utentes	12	95
Relações com outras instituições de saúde e profissionais de saúde exteriores ao CS	19	25
Sistema de saúde	19	23
Meios de Comunicação Social	-	5
Características pessoais em relação com o exercício profissional	-	13
Total de citações	688	562
Grande Total de citações	1250	

Quadro 6.43- Quadro-sinopse dos resultados de questionário sobre áreas a mudar e fontes de stresse no local de trabalho

6.2.4.3.1 Opinião dos médicos de família sobre o que há a mudar nos centros de saúde

À questão “O que é que mudava, e como, no seu local de trabalho (refira apenas os 3 pontos mais importantes)?” responderam 245 médicos (80,1% do total) correspondendo a 688 citações que foram ordenadas nos seguintes oito grupos temáticos (o número entre parênteses refere-se ao número de vezes que o assunto foi referido pelos médicos):

- I organização / gestão (com 290 citações)
- II instalações e equipamento (com 150 citações)
- III recursos humanos (com 118 citações)
- IV condições para o exercício profissional (com 66 citações)
- V relações com outras instituições de saúde e profissionais de saúde exteriores ao centro de saúde (com 19 citações)
- VI sistema de saúde (com 19 citações)
- VII chefias (com 14 citações)
- VIII utentes (com 12 citações)

Os oito grupos temáticos subdividiram-se em subáreas temáticas e estas em tópicos apresentados no anexo 8. Agora são apresentadas apenas as subáreas e respectiva quantificação das citações e depois as conclusões.

I - Organização / Gestão (290)

Este é o grupo temático com maior volume de citações (290), estando subdividido em 10 subáreas temáticas:

- a) Modelo de gestão / Autonomia / Responsabilização (38)**
- b) Organização geral da actividade do centro de saúde (54)**

- c) Relacionamento entre grupos profissionais – trabalho em equipa (75)
- d) Horários de trabalho (14)
- e) Carga de trabalho (21)
- f) Acesso, sistema de marcação de consultas e atendimento (32)
- g) Serviço de urgência / Consulta alternativa / Atendimento complementar / CATUS / SAP / SAC (41)
- h) Normas para a prática clínica (2)
- i) Investigação (11)
- j) Segurança no local de trabalho (2)

A área da organização / gestão dos CS é responsável por quase metade de todas as citações efectuadas evidenciando-se como a área em que mais MF pretendem ver mudanças e, portanto, deverá ter importância na satisfação no trabalho dos médicos de família. Os aspectos mais referenciados nesta área foram:

- a reorganização geral ou sectorial do CS, com especial foco nos serviços de atendimento a situações urgentes
- a diminuição da burocracia associada à actividade profissional
- o aumento da autonomia dos médicos de família com descentralização das decisões e aumento da participação e responsabilização dos profissionais na gestão das unidades
- a promoção do trabalho em equipas estáveis, fazendo-se referência três anos antes da reforma dos cuidados de saúde primários ao modelo das “unidades familiares” (com médicos, enfermeiros e administrativos) como sendo o mais adequado
- a necessidade de melhorar o relacionamento interpessoal e a comunicação entre os profissionais do Centro de Saúde, combatendo o isolamento.
- a melhor definição do papel de cada profissional no CS
- a diminuição da carga de trabalho (quer de utentes em lista quer por dia de trabalho)

- a flexibilização dos horários
- a melhoria do sistema de marcação de consultas, com uma participação mais directa do MF
- a redução do acesso dos utentes à consulta (considerado demasiado fácil) quer por taxas moderadoras mais adequadas quer pela restrição do acesso físico aos locais de consulta
- criação e implementação de normas para a prática clínica
- o fomento da investigação nos centros de saúde.

II – Instalações e equipamento (150)

É a segunda área mais referenciada como necessitando de mudanças. Foi dividida em 6 subáreas:

- a) Localização e acessibilidades do centro de saúde (14)**
- b) Edifício (82)**
- c) Organização interior (17)**
- d) Gabinetes (9)**
- e) Amenidades (12)**
- f) Equipamento (16)**

Foram referenciadas mais frequentemente:

- a melhoria do edifício onde o centro de saúde está instalado
- não ter de partilhar gabinetes de consulta
- a melhoria da organização interior do centro de saúde, nomeadamente no que se refere ao circuito do utente
- o aumento do conforto das instalações quanto à temperatura, humidade e ruído
- a renovação do equipamento, em particular do sistema telefónico.

III - Recursos humanos (118)

Foi dividida em 4 subáreas:

- a) Número de profissionais (51)
- b) Gestão dos recursos humanos e motivação (20)
- c) Formação (37)
- d) Desempenho (10)

Os recursos humanos dos CS aparecem em terceiro lugar na hierarquia das áreas com mais referências. De entre os mais frequentes, podemos seleccionar os seguintes tópicos:

- mais recursos humanos, principalmente médicos e administrativos (foi explanada a vantagem da existência de um administrativo por cada médico) assim como outras profissões da saúde para além de médicos, enfermeiros e administrativos
- a gestão dos recursos humanos surge como deficitária no global, em especial no grupo dos administrativos
- deveriam ser tomadas medidas para aumentar a motivação no trabalho, nomeadamente através de espaços de formação mais adequados, melhores modelos de progressão na carreira, melhor *feedback* em relação ao trabalho realizado ou uma organização da actividade mais harmonizada com cada trabalhador
- a melhoria da formação profissional, que deveria ter em conta as necessidades dos profissionais e do serviço, em particular no sector administrativo e médico (foi igualmente abordada a vantagem de espaços de formação mais informais)
- o desempenho em termos globais deveria ser melhorado (fazendo-se referência também à necessidade de programas de avaliação do desempenho)
- uma maior participação da comunidade nomeadamente através da constituição de corpos de voluntários.

IV - Condições para o exercício profissional (66)

As condições para o exercício profissional constituem uma área igualmente importante, estando aqui dividida em 3 subáreas:

a) Recursos técnicos / informatização (38)^{ci}

b) Regime remuneratório (22)

c) Condições de trabalho no geral (6)

Quanto às condições para o exercício profissional, as áreas mais referidas foram:

- mais e melhores recursos técnicos, nomeadamente apoio informático na área clínica
- o sistema remuneratório deveria ser mudado, passando a reflectir o desempenho e a responsabilidade de cada profissional (considerando-se que o actual sistema de salário fixo premeia a passividade e que o Regime Remuneratório Experimental deveria ser alargado a todos)
- as condições trabalho no seu geral deveriam ser melhoradas.

V - Relações com outras instituições de saúde e profissionais de saúde exteriores ao centro de saúde (19)

Nesta área temática, em síntese, foi referido que:

- na relação com outras instituições de saúde e profissionais de saúde exteriores ao CS é sentida a necessidade de promoção de uma maior articulação com os serviços hospitalares, nomeadamente através de reuniões clínicas conjuntas e consultas das especialidades hospitalares no CS.

VI - Sistema de Saúde (19)

Esta área foi dividida em 3 subáreas:

^{ci} Considerou-se útil dividir esta secção dos recursos técnicos da secção dos equipamentos; em termos gerais, nos recursos técnicos incluiu-se o "software" e na dos equipamentos o "hardware".

a) Iniciativa privada (8)

b) Disposições legais relativas à saúde (7)

c) Orientação política (4)

Os aspectos relacionados com o próprio sistema de saúde também são alvo de sugestões de melhoria através de:

- um aumento da iniciativa privada, nomeadamente na gestão de CS (embora também existam médicos que expressam o seu repúdio por esta opção)
- mudanças em disposições legais como o modelo actual das receitas médicas, os modelos de certificação de incapacidade temporária ou as situações de isenção de taxas moderadoras (considerando-se que deveria existir um limite máximo de consultas para que houvesse isenção)
- em termos mais gerais, alguns consideraram que o sistema não é responsivo às suas sugestões e, ainda, que deveria ser mudado “tudo”, nomeadamente a mentalidade dos responsáveis pela Saúde.

VII – Chefias (14)

Nesta área considerou-se que as chefias dos CS também deveriam ser melhoradas:

- na sua selecção (por progressão na carreira e não por escolha política, ou rotativamente)
- no seu modelo de actuação, e
- na relação com os profissionais.

VIII – Utentes (12)

Por último, quanto aos utentes, na sua relação com o centro de saúde e com os profissionais de saúde, deveria:

- existir uma estratégia de modo a sensibilizar os utentes no sentido de se controlar o consumo de actos médicos, considerado excessivo,
- ser fomentada a educação para a saúde e a humanização dos serviços.

6.2.4.3.2 Estudo da opinião dos médicos de família sobre as fontes de stress nos centros de saúde

À questão **“Quais são as suas 3 principais fontes de stress no local de trabalho?”** responderam 219 médicos (71,6% do total) correspondendo a 562 citações que foram ordenadas nos seguintes dez grupos temáticos:

- I Organização / Gestão (com 271 citações)
- II Utentes (com 95 citações)
- III Instalações e Equipamento (com 63 citações)
- IV Recursos Humanos (com 42 citações)
- V Relações com outras instituições de saúde e profissionais de saúde exteriores ao Centro de Saúde (com 25 citações)
- VI Sistema de Saúde (com 23 citações)
- VII Chefias (com 17 citações)
- VIII Características pessoais em relação com o exercício profissional (com 13 citações)
- IX Condições para o exercício profissional (com 8 citações)
- X Meios de Comunicação Social (com 5 citações)

Os dez grupos temáticos dividiram-se em subáreas temáticas e estas em tópicos apresentados no anexo 8 (o número entre

parênteses refere-se ao número de vezes que o assunto foi referido pelos médicos).

I - Organização / Gestão (271)

Este é o grupo temático com maior volume de citações (271), estando dividido em oito subáreas temáticas:

- a) Modelo de gestão / Autonomia / Responsabilização (37)**
- b) Organização geral da actividade do centro de saúde (31)**
- c) Relacionamento entre profissionais do centro de saúde – trabalho em equipa (31)**
- d) Carga de trabalho (118)**
- e) Acesso, sistema de marcação de consultas e atendimento (6)**
- f) Serviço de urgência / Consulta de recurso / Atendimento Complementar / CATUS / SAP / SAC (28)**
- g) Segurança no local de trabalho (9)**
- h) Interrupções (11)**

A área da organização / gestão dos CS é responsável por quase metade de todas as citações efectuadas evidenciando-se como a área em que mais MF identificam fontes de stresse e, portanto, deverá ter importância na satisfação no trabalho dos médicos de família. Os aspectos mais referenciados nesta área foram:

- a grande carga de trabalho (quer de utentes em lista quer por dia de trabalho)
- a reorganização geral ou sectorial do CS, tanto a nível da gestão da consulta como no atendimento dos utentes e no apoio administrativo
- a sobrecarga burocrática
- a falta de autonomia
- a falta de recursos humanos

- a obrigatoriedade de assistir utentes fora da lista de utentes de cada um, nomeadamente os utentes sem médico de família atribuído
- a ausência de um planeamento adequado para o centro de saúde
- a desorganização, as interrupções constantes - o "bulício no centro de saúde"
- a falta de segurança do local de trabalho e agressividade de alguns utentes
- a pressão excessiva do tempo
- a falta de verdadeiro trabalho em equipa
- a importância das relações interpessoais na gestão do stresse.

II - Utes (95)

As questões relativas aos utentes constituem uma área igualmente importante, estando aqui divididas em quatro subáreas:

a) Desrespeito e indisciplina (31)

b) Falta de reconhecimento (3)

c) Pressão dos utentes (47)

d) Consumismo (14)

A área relativa aos utentes é a segunda área mais referenciada como fonte de stresse. Foram referenciadas mais frequentemente:

- a indisciplina e falta de civismo, em particular no desrespeito pelos profissionais e pelo bom funcionamento das consultas
- a pressão dos utentes para terem cuidados
- a falta de reconhecimento do trabalho dos médicos de família por parte dos utentes
- o excessivo consumo de actos médicos, considerado supérfluo.

III - Instalações e equipamento (63)

É a terceira área mais referenciada como causadora de stresse. Foi dividida em cinco subáreas:

- a) Localização e acessibilidades do centro de saúde (1)**
- b) Edifício (35)**
- c) Organização interior (12)**
- d) Equipamento (9)**
- e) Gabinetes (6)**

Na área das instalações e equipamento foram referenciadas mais frequentemente como fontes de stresse:

- a degradação e falta de adequação do edifício onde o CS está instalado com ruído excessivo e falta de climatização
- ter de partilhar gabinetes de consulta
- a má organização interior do CS (que deveria ser melhorada nomeadamente para aumentar a privacidade dos consultórios)
- a exiguidade do espaço físico, que inviabiliza a existência de espaços de convívio
- a inadequação do equipamento, em particular em termos de meios complementares de diagnóstico.

IV - Recursos Humanos (42)

Foi dividida em quatro subáreas:

- a) Número de profissionais (29)**
- b) Gestão de recursos humanos (1)**
- c) Formação (5)**
- d) Desempenho (7)**

Quanto aos recursos humanos dos CS, as áreas mais referidas foram:

- insuficientes recursos humanos, principalmente médicos e administrativos
- gestão dos recursos humanos deficitária, sobretudo no grupo dos administrativos

- a baixa qualidade e quantidade da formação profissional, que deveria ter em conta as necessidades dos profissionais e do serviço, em particular para situações de emergência
- o desempenho que, em termos globais, deveria ser melhorado.

V - Relações com outras instituições de saúde e profissionais de saúde exteriores ao centro de saúde (25)

Foi dividida em duas subáreas:

a) Dificuldades de articulação com as especialidades hospitalares (23)

b) Dificuldades na relação com a medicina privada (2)

Na relação com outras instituições de saúde e profissionais de saúde exteriores ao CS, são avançadas como fontes de stresse:

- a má articulação com os serviços hospitalares, sobretudo no encaminhamento de doentes para consultas de especialidade
- a competição com a medicina privada.
-

VI - Sistema de Saúde (23)^{cii}

Foi dividida em 3 sub-áreas:

a) Disposições legais relativas à saúde (5)

b) Orientação política (17)

c) Resposta do sistema de saúde (1)

Os aspectos relacionados com o próprio sistema de saúde também são fontes de stresse através de:

- baixa definição política em torno da carreira de Medicina Geral e Familiar
- mudanças em disposições legais, como no modelo actual das receitas médicas, as quais geram acréscimo de burocracia

^{cii} Comentários efectuados em 2002/3.

- em termos mais gerais, considera-se que o sistema não é eficaz na resposta aos problemas sociais

VII - Chefias (17)

Foi dividida em três subáreas:

- a) Deficiente relação com os profissionais (10)**
- b) Deficiente actuação (6)**
- c) Necessidade de avaliar com fracos sistemas de suporte e supervisão (1)**

As chefias dos centros de saúde são fonte de stresse nomeadamente:

- por má relação com os profissionais, com pouco reconhecimento do trabalho e falta de capacidade para motivar os profissionais
- pela sua actuação, tendo sido referidos casos de falta de confiança na direcção por pouca transparência no relacionamento com os diferentes profissionais
- a necessidade da implementação de programas de avaliação com fracos sistemas de suporte e supervisão.

VIII - Características pessoais em relação com o exercício profissional (13)

Foi dividida em duas subáreas:

- a) Especificidades do exercício profissional e características pessoais(11)**
- b) Outras (2)**

Foram identificadas algumas especificidades inerentes ao exercício profissional que, em alguns indivíduos, são geradoras de stresse, como sejam:

- os elevados níveis de responsabilidade

- o receio de cometer erros.

IX - Condições para o exercício profissional (8)

As condições para o exercício profissional encontram-se aqui divididas em duas subáreas:

a) Remuneração (7)

b) Recursos técnicos / informatização (1)

Em termos de condições para o exercício profissional, as áreas mais destacadas foram:

- o sistema remuneratório, o qual deveria reflectir o desempenho de cada profissional
- poucos recursos técnicos e a sua fraca qualidade, nomeadamente na área terapêutica.

X - Meios de Comunicação Social (5)

Foi dividida em duas subáreas:

a) Pressão dos *media* (4)

b) Tratamento da imagem do médico (1)

Em termos gerais, os médicos consideram que os meios de comunicação social são fontes de stresse por

- não respeitarem a classe médica
- transmitirem uma ideia desfavorável dos médicos para o público.

REFERÊNCIAS

¹ Kelsey J, Petiti D, King A. Key methodologic concepts issues. In: Brownson R, Petitti D. Applied Epidemiology – Theory to practice. New York: Oxford University Press; 1998. p 35- 69.

² Pestana MH, Gageiro JN. Análise de dados para ciências sociais – A complementaridade do SPSS. 3th ed. Lisboa: Edições Sílabo; 2003.

³ Van Ham I, Verhoeven AA, Groenier KH, Groothoff JW, De Haan J. Job satisfaction among general practitioners: a systematic literature review. Eur J Gen Pract. 2006;12(4):174-80.

6.3 Estudo 3 - Satisfação no trabalho dos médicos de família de um centro de saúde entre 2000 e 2007 e de uma unidade de saúde familiar entre 2007 e 2009

6.3.1 Introdução

O propósito deste estudo era explorar a dimensão da qualidade organizacional e da satisfação dos utentes em conjunto com a satisfação no trabalho dos profissionais de saúde em maior profundidade e ao longo do tempo. Considerou-se que, para este fim, a melhor opção seria que essa avaliação fosse efectuada por quem pudesse ter uma visão de dentro e um acompanhamento da organização distendido no tempo. Optou-se, por estas razões, por estudar o centro de saúde e a unidade de saúde familiar -centro de saúde de Cascais e USF Marginal - onde o autor desta tese exerce, respectivamente, há 12 anos e 3 anos e onde tem sido coordenador do Núcleo da Qualidade desde 1998. No âmbito destas funções de coordenação foi desenvolvendo uma abordagem de gestão da qualidade da actividade dos centros de saúde – o Pentágono da Qualidade – que foi implementado na USF Marginal desde o seu início e que resultou dos estudos descritos nesta tese e do trabalho ao longo do tempo do Núcleo da Qualidade do CS de Cascais.

São objectivos deste estudo

1. caracterizar, nos anos de 2000, de 2004 e de 2007, um centro de saúde e, nos anos 2007, 2008 e 2009, uma unidade de saúde familiar quanto a:

- satisfação no trabalho dos médicos de família no centro de saúde,
- qualidade organizacional,
- satisfação do utente;

2. explorar as relações entre a satisfação no trabalho dos médicos de família, a qualidade organizacional e a satisfação do utente do centro de saúde e da unidade de saúde familiar considerados.

6.3.2 Delineamento do estudo

Este estudo é um estudo observacional, transversal seriado e descritivo¹. É, ainda, um estudo de investigação-acção participada (ver secção 5).

6.3.3 População e Métodos

6.3.3.1 Universo em estudo e amostragem

Foi um estudo censitário dos médicos a exercer a sua actividade em todas as unidades do centro de saúde em 2000, 2004 e 2007 e na unidade de saúde familiar (que integra este centro de saúde) em 2007, 2008 e 2009.

	Universo#	Respostas	Taxa de resposta	Questio-nários válidos	Taxa de respostas válidas
2000	74	54	73,7 %	51	68,9%
2004	58	43	74,1 %	40	69,0%
2007	67	46	68,7 %	35	52,2%

#Médicos de família activos; consideraram-se activos os que não estavam nem destacados em outras unidades nem com atestados de incapacidade temporária por doença por mais de três meses.

Quadro 6.44- Questionário de ST- universo e respostas

O CS de Cascais tem quatro extensões, aqui designadas por letras por não se ter considerado necessária a identificação das unidades. A partir de 2007 foi constituída uma USF – a USF Marginal – que por ser a única neste período de tempo se decidiu identificar.

6.3.3.2 Colheita dos dados

Utilizou-se o questionário de satisfação no trabalho dos médicos de família cuja adequação foi medida no estudo 1 e que foi, igualmente, utilizado no estudo 2.

Para a caracterização da qualidade organizacional do centro de saúde de Cascais e das suas extensões (incluindo a unidade de saúde familiar) foi utilizada o instrumento MoniQuOr. Este instrumento foi concebido pela Direcção-Geral da Saúde e posteriormente adoptada pelo Instituto da Qualidade em Saúde para avaliação e monitorização da qualidade dos aspectos organizacionais dos centros de saúde de modo a facilitar a avaliação e melhoria dos serviços^{ciii}.

^{ciii} O instrumento MoniQuOr é composto por 163 critérios organizados em 23 grupos respeitantes a cada um dos aspectos relevantes dos serviços prestados no centro de saúde que estão, por sua vez, reunidos em 6 grandes áreas:

- 1 - Organização e Gestão
 - 2 - Direitos dos Cidadãos
 - 3 - Promoção da Saúde
 - 4 - Prestação de Cuidados de saúde
 - 5 - Educação contínua e Desenvolvimento da Qualidade
 - 6 - Instalações e Equipamentos
- Cada critério pode ser pontuado numa das 4 classes seguintes:

Pontuação		
0,00	Não realizado Não concretizado	Nada de concreto, algumas boas ideias ou intenções mas sem concretização
0,33	Parcialmente realizado Em progresso	Esboço de alguma concretização, avaliações ocasionais que permitem alguma melhoria. Pequenos nichos de realização
0,67	Quase realizado Em progresso considerável	Sinais indiscutíveis de realização, de concretização. Avaliações regulares e sistemáticas. Não concretização na totalidade
1,00	Totalmente realizado Totalmente concretizado	Totalmente realizado. É difícil fazer melhor. Pode servir de modelo

Cada área tem uma pontuação máxima possível de 100 pontos, sendo a pontuação máxima total de 600 (6x100).

Após 2005 foi adaptado para o auto-diagnóstico das USF em modelo B - MoniQuOr adaptado às USF². O instrumento MoniQuOr foi idealizado para poder ser utilizado em auto-avaliações, em avaliações cruzadas (um centro de saúde avalia outro) e em avaliações externas. Foi uma técnica que teve uma ampla aceitação e aplicação em todo o país entre 1998 e 2000, decrescendo depois a sua aplicação mas sendo retomado para avaliação da qualidade organizacional das unidades de saúde familiar.

Para cada auto-avaliação da qualidade organizacional era constituído um grupo de profissionais de cada unidade de saúde analisada para fazer a avaliação. Foram efectuadas:

- duas avaliações do CS de Cascais, em 2000 e 2004,
- uma avaliação cruzada do CS de Cascais (uma comissão de outro centro de saúde avaliou o CS de Cascais) em 2000,
- uma avaliação de cada extensão do CS de Cascais em 2000,
- três avaliações da USF Marginal em 2007, 2008 e 2009, e
- uma avaliação externa pela ENA (Equipa Nacional de Avaliação) que valida os resultados das auto-avaliações das USF.

Para a avaliação da satisfação do utente, utilizou-se uma bateria de questões de identificação de áreas de satisfação e de insatisfação com os médicos de família e com a unidade de saúde (ver anexo 1) elaborado pelo Núcleo da Qualidade do centro de saúde de Cascais com base no questionário Europep^{civ}.

^{civ} Esta bateria de questões é adaptada do Questionário Europep do Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra e do Instituto da Qualidade em Saúde (Direcção-Geral da Saúde, editores. Instrumentos para a melhoria contínua da qualidade. 1ªed. Coimbra: G.C. – Gráfica de Coimbra, lda; 1999.). O questionário EUROPEP está adequado para medir a satisfação dos utentes dos centros de saúde portugueses. A bateria de questões utilizada fez uso de apenas algumas das questões deste questionário e reformulou outras por assim se considerar estar mais enquadrado com os objectivos para que iria ser aplicado. Por esta razão, não se pode considerar um instrumento com as características psicométricas estudadas, sendo utilizado não para obter uma

A bateria de questões tem três secções:

- a primeira direccionada para os três grupos profissionais – médicos, enfermeiros e secretários clínicos - com o mesmo conjunto de nove questões sobre os serviços prestados (aqui são apresentados apenas os dados referentes aos médicos);
- a segunda secção diz respeito a serviços mais relacionados com a organização geral da unidade e os serviços de apoio;
- a terceira secção é uma avaliação global da unidade e dos médicos de família.

Para a recolha dos dados, optou-se por escolher um dia no ano e seleccionar um em cada quatro utentes que recorreram à unidade de saúde ao longo de todo o horário de funcionamento desse dia: efectuou-se uma avaliação, em 2007 em todas as unidades do CS e uma por ano, 2007, 2008 e 2009, na USF Marginal.

6.3.3.3 Pentágono da Qualidade do centro de saúde de Cascais

Na investigação-acção, com já se disse, o foco está na procura de soluções para problemas práticos que implicam a implementação de mudanças. A mudança em torno da qual se delineou este estudo é o Pentágono da Qualidade que agora se descreve.

O Pentágono da Qualidade (PQ)^{cv} é um sistema da qualidade^{cvi} para os centros de saúde desenvolvido no CS de Cascais pelo autor desta tese e implementado há três anos na USF Marginal do

pontuação global de satisfação do cidadão mas para identificar áreas de satisfação e de insatisfação com os serviços.

^{cv} O PQ foi identificado como uma inovação no Banco de Inovação em Saúde (uma base de dados online que pretende divulgar projectos inovadores em saúde que resulta duma parceria entre a Associação Europeia de Saúde Pública, a Associação Portuguesa para a Promoção da Saúde Pública, a Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, a Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa e o Ministério da Saúde); Foi ainda referido no 1º relatório do Grupo Consultivo para a Reforma Dos Cuidados de Saúde Primários de Fevereiro 2009.

^{cvi} Sistema da qualidade - "conjunto da estrutura organizacional, dos procedimentos, dos processos e dos recursos necessários para implementar a gestão da qualidade" (ver secção 2)

ACES de Cascais^{cvii} e representa a síntese de um processo de desenvolvimento da qualidade ao longo de doze anos no CS de Cascais e que envolveu, entre outros a constituição do Núcleo da Qualidade do CS de Cascais, a monitorização regular da qualidade organizacional, da satisfação no trabalho ou das áreas de satisfação e insatisfação dos utentes do CS, *focus groups* de utentes e de profissionais ou um sistema da qualidade baseada no referencial ISO.

O PQ destina-se a enquadrar a gestão da qualidade^{cviii} da unidade e baseia-se numa abordagem integrada, sistemática e preventiva das áreas-chave da actividade que possam afectar a qualidade do serviço prestado pela organização de saúde. O referencial teórico é o modelo “PDCA – Plan-Do-Check-Act^{cix}” e, em termos operacionais, o PQ centra-se em processos adaptados à realidade da organização em que é aplicado e que são mantidos do modo mais simples que seja possível, no sentido de assegurar a melhor relação entre os recursos requeridos para os implementar e os resultados que com eles se conseguem obter. Tenta-se, igualmente, evitar a dispersão, focando a atenção nas áreas-chave, aquelas que podem influenciar toda a actividade da unidade.

^{cvii} Ver anexo1 para relatório da qualidade da USF Marginal.

^{cviii} Gestão da qualidade representa a integração da qualidade na gestão global da organização, com todas as actividades que determinam o planeamento da qualidade (estabelecer objectivos, sub-objectivos e acções), o controlo da qualidade (medir, comparar com os objectivos, identificar problemas esporádicos e corrigir) e a melhoria da qualidade (identificar problemas crónicos, fazer o diagnóstico e definir soluções); implica um sistema da qualidade.

^{cix} PDCA ou PDSA – Plan-Do-Study-Act: Planear (reconhecer uma oportunidade e planear uma mudança; definir a problemática e identificar a respectiva teia relacional/causal; estabelecer os objectivos, os processos e as sinergias necessários para obter os resultados esperados); Fazer (implementar as soluções em áreas - piloto); Estudar (medir os resultados com as soluções adoptadas e comparar com os resultados esperados); Agir (analisar as diferenças para determinar as suas causas; determinar o que mudar para melhorar; refinar o processo; repetir os ciclos, até se conseguir a melhoria; identificar alterações sistémicas e necessidades formativas; adoptar as soluções; planear uma monitorização permanente) ref

<http://en.wikipedia.org/wiki/PDCA>;

<http://www.isixsigma.com/offsite.asp?A=Fr&Url=http://quality.enr.state.nc.us/tools/pdca.htm>

O PQ tem como elemento central o utente integrado na dinâmica interdependente comunidade-profissionais de saúde-organização de saúde e desenrola-se segundo três eixos-maior: satisfação do utente, desempenho profissional e qualidade organizacional.

Centrando a atenção nestes três eixos, o primeiro - satisfação do utente – é um dos objectivos primordiais de qualquer unidade de saúde. Esta satisfação do utente relaciona-se, entre outros aspectos, com a percepção dos utentes sobre o grau em que os seus desejos e prioridades são levados em conta, na qualidade por eles percebida dos cuidados de saúde e nos resultados que vão alcançando ou vendo em outros como resultado dos cuidados de saúde prestados. Este eixo da satisfação do utente alicerça-se na prestação de cuidados segundo a mais recente e adequada evidência mas nunca esquecendo que a percepção de qualidade por parte de todos os parceiros no processo de saúde é fundamental, até porque muitas das vezes, está em causa a adesão a um processo terapêutico que depende da vontade de cada um de nele se envolver.

O desempenho profissional é o segundo eixo porque é a face mais visível da actividade e dele depende o sucesso e a qualidade de toda a unidade de saúde. Tem uma dimensão técnica nomeadamente relacional, contingências contextuais e tem um dos seus alicerces nos processos de desenvolvimento profissional e outro na díade motivação-satisfação no trabalho dos profissionais de saúde. Esta relação entre satisfação no trabalho e desempenho sai reforçada por esta tese e é neste modelo uma peça fundamental de ligação e de coesão do modelo. A bibliografia científica provou a existência de uma relação entre, por um lado, mais satisfação no trabalho e, por outro, melhor desempenho no trabalho, uma maior implicação no trabalho e uma mais frequente adopção de comportamentos extra-papel³. No entanto, na saúde, a associação

entre satisfação no trabalho não provou estar associada à qualidade dos cuidados. O que não é de surpreender dadas a dificuldade de medir qualidade dos cuidados num estudo suficientemente robusto e a natureza multidimensional da qualidade dos cuidados que inclui nomeadamente a adesão de pessoas com toda a sua autonomia e condições particulares.

O terceiro eixo, a qualidade organizacional, é o que dá suporte a toda a actividade da unidade, tornando acessíveis, no momento necessário, os meios adequados para a acção da unidade e dos seus profissionais. Uma adequada qualidade organizacional assenta numa estruturação dos processos de planeamento, monitorização e avaliação da actividade e possibilita uma utilização mais eficiente dos recursos humanos, do conhecimento, da tecnologia e do contexto onde a unidade se insere; a importância da qualidade organizacional emerge ainda do seu papel no estabelecimento das condições para o trabalho em equipa, em rede com os diferentes elementos do sistema de saúde e da sociedade e promovendo um envolvimento activo dos utentes e dos profissionais na vida da unidade.

Para além destes três eixos-major, o PQ (ou não fosse um pentágono) apoia-se em duas áreas processuais e instrumentais – a medição/monitorização e a análise/reflexão. Uma organização que não seja capaz de medir o que faz e, depois, reflectir de um modo útil sobre os processos adoptados e os resultados obtidos, nunca poderá ter um desempenho de qualidade e, muito menos, evoluir ou inovar. Estas capacidades – medir o que se faz e como se faz para depois analisar e reflectir sobre a actividade – são características essenciais de uma organização aprendente (ver secção 2).

Na área da medição devem ser escolhidos ou, quando necessário, construídos instrumentos de medida adequados à monitorização dos objectivos estabelecidos e às populações em que

são aplicados e de baixo peso (em termos de consumo de recursos financeiros, materiais e de tempo). Quando necessário, igualmente, devem ser desenvolvidas e implementadas as metodologias de investigação capazes de fornecer resultados transformáveis em conhecimento, decisões e acção numa perspectiva alinhada com a investigação-acção (o questionário de satisfação no trabalho e o de avaliação das áreas de satisfação e insatisfação do utente referido neste capítulo são alguns exemplos).

Na área da análise/reflexão, a constituição de “amplos espaços de conversação” ⁴dentro e fora da unidade em que a convivência, a intereducação (aprender com os outros) e a intergeração de ideias são cultivadas, é o caminho que se propõe. Dentro da unidade, pode englobar um programa de reuniões de serviço e formação e a constituição de grupos de discussão na internet, sectoriais ou abertos a todos os profissionais. A exposição e abertura ao exterior são não só necessárias como fundamentais também aqui. Uma ênfase especial deve ser dada à comunicação e troca com a comunidade de utentes que a unidade serve porque a adaptação a este nível é a mais crítica não só para a sua actividade actual mas também para a futura.

Todo este modelo de abordagem e actuação está orientado para a acção: para a consecução de objectivos, para a produção de resultados, para que a unidade possa potenciar ganhos em saúde. A figura 6.2 ilustra o modelo e evidencia os seus componentes principais.

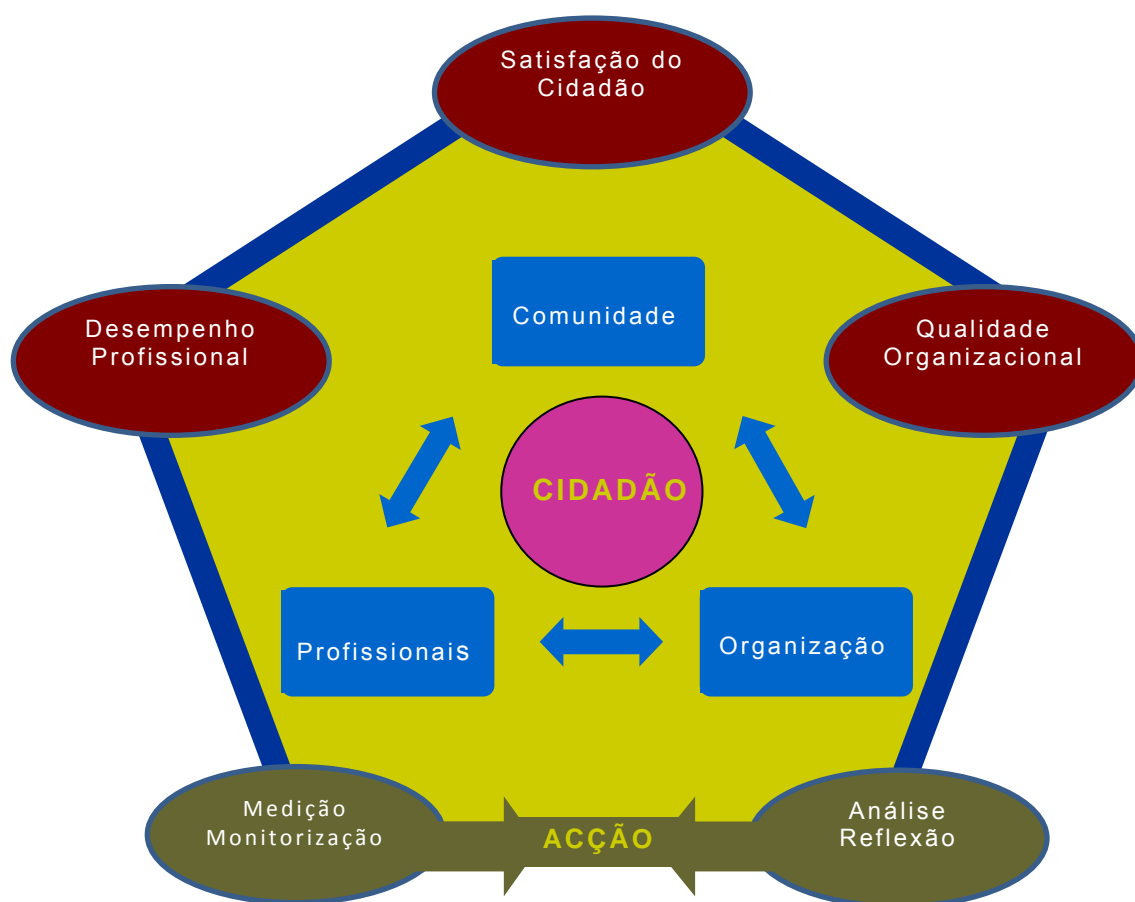


Fig. 6.2- Pentágono da Qualidade

As cinco áreas do Pentágono da Qualidade podem ser operacionalizadas em modelos de acção e de aprendizagem integradas como exemplificado no quadro 6.46. A filosofia desta abordagem é que sejam encontradas operacionalizações à medida dos objectivos, dos recursos e da cultura de cada unidade e para cada realidade. Portanto, os exemplos que se seguem são apenas isso, uma demonstração de como se pode levar à prática o PQ.

Assim, para o eixo da “Satisfação do utente” poderão ser constituídas várias plataformas de visibilidade, partilha, análise, discussão e participação entre a unidade de saúde, os seus profissionais e a comunidade em que se integram como:

- grupos informais de discussão com profissionais de saúde e utentes,
- grupos de utentes (por ex. no espírito das ligas de amigos com um enfoque também na participação na gestão da unidade),
- sítios da unidade na Internet.

Podem ser passos importantes na actuação neste eixo, a construção conjunta da imagem da unidade, análise da satisfação do utente ou a análise das reclamações, sugestões e elogios.

O eixo "Desempenho Profissional" poderá assentar:

- na adaptação e disponibilização das boas práticas no exercício profissional,
- na monitorização do desempenho,
- no desenvolvimento e implementação de programas de formação,
- na constituição de comunidades de prática e/ou círculos da qualidade de profissionais para o desenvolvimento dos cuidados de saúde,
- na melhoria da satisfação no trabalho.

O eixo "Qualidade Organizacional" pode incorporar:

- programas de melhoria da qualidade organizacional,
- a identificação e análise de não-conformidades,
- as auditorias internas e externas,
- a monitorização do cumprimento das metas do plano de acção,
- o auto-conhecimento individual de cada profissional e da organização.

A área instrumental da medição e monitorização municia a organização com a tecnologia e as métricas necessárias. Esta área está em íntima relação com a segunda área instrumental da análise e

reflexão que é comum aos três eixos – é integradora por natureza - e tem como grande objectivo dar sentido à informação decorrente da

Objectivo	Acção	Recursos para medição - monitorização e para análise - reflexão	Recursos para análise e reflexão
Dar a melhor resposta possível às necessidades dos utentes inseridos nas suas comunidades	Discussão em reuniões entre utentes e profissionais USFM; Avaliação da satisfação dos utentes; Criação de grupos de utentes das unidades de saúde; Avaliação de reclamações / sugestões Criar imagem de marca das unidades de saúde	Criação de meios de comunicação com as várias interfaces – ex. sítio na Internet, intranet, etc. Formação em: gestão de reuniões, animação e análise de grupos de discussão, gestão de sítios na Internet. Procedimentos para: gestão de reclamações, sugestões e elogios de satisfação do utente Procedimentos para a medição construção de questionários de avaliação	Valorização e enquadramento organizacional para: reuniões de serviço e de formação periódicas; grupo de discussão na Internet, círculos da qualidade; comunidades de prática; Actas; Relatórios; Planos de Acção.
Motivar os profissionais para um exercício permanente de qualidade	Definição das boas práticas profissionais da unidade de saúde; Constituição de círculos da qualidade; Constituição de comunidades de prática; Avaliação da satisfação profissional	Procedimentos para: gestão de Círculos da Qualidade e comunidades de prática; construção de questionários questionários de avaliação da satisfação profissional identificação, consensualização e implementação de boas práticas	
Aumentar a qualidade das estruturas de suporte e avaliação da actividade	Avaliação da qualidade organizacional Detecção e abordagem de não-conformidades Compreender a cultura organizacional	Procedimentos para: avaliação da qual. organizacional –MoniQuOr; identificação e análise de não-conformidades; auditorias internas; monitorização do cumprimento das metas do plano de acção, auto-conhecimento (institucional,individual)	

Quadro 6.45 – Operacionalização do Pentágono da Qualidade - modelos de acção e aprendizagem integradas

medição e monitorização. A capacidade e prática da análise e da reflexão de uma organização é muito influenciada pela estrutura e processos da organização mas mais ainda pela cultura prevalecente e pelo estilos de liderança, podendo ser potenciada pela criação de momentos espaços de reunião, de intranets, de grupos de discussão na internet, de círculos da qualidade e comunidades de prática em áreas clínicas e organizacionais. Metodologias de gestão de projectos, de reuniões, de recursos humanos, de conflitos, do tempo devem fazer, cada vez mais, parte do leque de competências presente numa unidade de saúde e que potenciarão enormemente a sua capacidade de reflexão.

6.3.3.4 Considerações metodológicas do estudo

É de referir nesta secção que se estão a avaliar, por vezes, números muito pequenos de médicos de família em cada unidade. No entanto, os instrumentos de medida utilizados estão validados ou são os adoptados a nível nacional ou são baseados nestes e foram avaliadas as organizações por várias vezes e por longos de períodos temporais. Os resultados aqui apresentados têm como principais objectivos:

- demonstrar o interesse da sua utilização na gestão das unidades dos cuidados de saúde primários;
- alavancar a reflexão; e
- apontar caminhos para futuros estudos.

6.3.4 Análise dos resultados

Apresentam-se os dados da satisfação no trabalho, seguidamente os da qualidade organizacional e os da satisfação do utente. Para cada área, num primeiro tempo evidenciam-se as comparações entre as várias unidades do centro de saúde e depois

os dados referentes à unidade de saúde familiar. No final apresentam-se quadros-síntese dos dados mais relevantes.

A evolução da satisfação no trabalho segue um padrão não muito diferente do estudo 2, situando-se no ponto médio e com os factores mais ligados às características intrínsecas da actividade (factores 3 e 4) ou às relações interpessoais e autonomia (factor 6) com pontuações mais positivas e os relacionados com aspectos mais contextuais (factores 1, 2 e 5) com pontuações mais negativas. Registou-se uma quebra na satisfação no trabalho de 2000 para 2004, com recuperação e até uma evolução positiva em 2007 quando comparada com 2000 (quadro 6.46) (ver secção 6.1 para apresentação do questionário de satisfação no trabalho utilizado).

	2000	2004	2007
Factor 1- Pressão e exigência no trabalho	2,35	2,03	2,50
Factor 2 - Condições para o exercício profissional	2,70	2,57	3,00
Factor 3 - Interesse do trabalho	3,38	3,26	3,74
Factor 4 - Adequação para o trabalho	3,89	3,89	4,13
Factor 5 - Recompensa pelo trabalho	2,74	2,51	2,86
Factor 6 - Ambiente de trabalho e autonomia	3,86	3,63	3,97
Pontuação Global	3,12	2,95	3,33

Pontuação de satisfação no trabalho de 1 (menos satisfeito) a 5 (mais satisfeito); acima do ponto 3 considera-se que existe uma pontuação positiva da satisfação no trabalho.

Quadro 6.47– Satisfação no trabalho no CS de Cascais ao longo do tempo e pontuação por factores de ST

A evolução ao longo do tempo por unidade de saúde acompanha o padrão geral com excepção da Ext. A e Ext. C que depois de 2004 não ultrapassam nem recuperam o nível de satisfação

de 2000. Foi destas duas unidades que saíram médicos para constituir a nova USF em 2007. Não se pode, ainda, deixar de evidenciar a pontuação mais elevada de satisfação no trabalho da USF.

	Unidade				
	Ext. A	Ext. B	Ext. C	Ext. D	USF Marginal
2000	3,24	2,96	3,10	2,96	X
2004	3,12	2,64	2,88	2,80	X
2007	3,16	3,20	3,00	3,02	3,94

Quadro 6.48 – Satisfação no trabalho no CS de Cascais ao longo do tempo – Extensões e USF Marginal e pontuação global

As pontuações para cada factor e para cada unidade de saúde dão mais alguma informação sobre o que se passou em 2007, um ano em que se registou a maior alteração organizacional das últimas duas décadas dos CS - a constituição de uma unidade com um elevado grau de autonomia funcional e organizativa, auto-gerida, com equipas auto-seleccionadas e com uma remuneração ligada ao desempenho em contraponto com as outras unidades sujeitas a uma gestão mais de cima para baixo e normas e regulamentos nacionais/regionais, em que as equipas são decididas superiormente e têm uma remuneração fixa salarial. Estas diferenças são bem notórias com o grande diferencial entre a USF e as restantes unidades com pontuações acima de 4 numa escala que vai do 1 ao 5 (mais satisfação) para todos os factores com excepção do *factor 1- pressão e exigência no trabalho* que, mesmo assim, patenteia uma pontuação superior à das outras unidades. A não recuperação da pontuação global na Ext. A e em Ext. C parece dever-se à pontuação

exactamente no *factor 1- pressão e exigência no trabalho* a que não deve ser alheio o facto de ter ficado com menos médicos de família. Também é de evidenciar que o factor mais positivo na USF é o relativo às relações interpessoais e autonomia (quadro 6.48).

2007	Unidade				
	Ext. A	Ext. B	Ext. C	Ext. D	USF Marginal
Factor 1- Pressão e exigência no trabalho	2,37	2,40	2,20	2,76	2,84
Factor 2 - Condições para o exercício profissional	3,43	2,11	2,33	1,58	4,33
Factor 3 - Interesse do trabalho	3,79	3,75	3,44	3,25	4,31
Factor 4 - Adequação para o trabalho	4,06	4,46	4,19	3,80	4,22
Factor 5 - Recompensa pelo trabalho	2,52	2,61	2,17	2,58	4,07
Factor 6 - Ambiente de trabalho e autonomia	3,97	3,78	3,67	3,87	4,37
Pontuação Global	3,25	3,20	3,00	3,02	3,94

Quadro 6.49 – Satisfação no trabalho no CS de Cascais ao longo do tempo – Extensões, USF Marginal e pontuação por factores de ST

A evolução por unidade de saúde ao longo do tempo e por factores ilustra melhor esta evolução. Em todas as extensões há a manutenção ou decréscimo da satisfação com o factor 5 relativo à recompensa pelo trabalho efectuado com excepção da USF em que

aumenta e a partir de um valor já muito alto. De notar ainda que só a Ext. A e a USF Marginal têm pontuações positivas no Factor 2 - Condições para o exercício profissional e que as Ext. B e Ext. D têm pontuações muito negativas, as mais baixas de todos os factores nestas unidades. De facto, só a Ext. A e a USF Marginal estavam, nesta altura, a trabalhar em edifícios construídos de raiz para serem centros de saúde e as instalações da Ext. B e Ext. D apresentavam-se muito degradadas.

	Ext. A		
	2000	2004	2007
Factor 1- Pressão e exigência no trabalho	2,42	2,01	2,37
Factor 2 - Condições para o exercício profissional	3,32	3,22	3,43
Factor 3 - Interesse do trabalho	3,54	3,49	3,79
Factor 4 - Adequação para o trabalho	3,80	3,96	4,06
Factor 5 - Recompensa pelo trabalho	2,74	2,62	2,52
Factor 6 - Ambiente de trabalho e autonomia	3,87	3,75	3,97
Pontuação Global	3,24	3,12	3,25

	Ext. B		
	2000	2004	2007
Factor 1- Pressão e exigência no trabalho	2,00	1,68	2,40
Factor 2 - Condições para o exercício profissional	2,17	1,60	2,11
Factor 3 - Interesse do trabalho	3,29	2,95	3,75
Factor 4 - Adequação para o trabalho	4,08	4,05	4,46
Factor 5 - Recompensa pelo trabalho	2,61	2,33	2,61
Factor 6 - Ambiente de trabalho e autonomia	3,78	3,27	3,78
Pontuação Global	2,96	2,64	3,20

Quadro 6.50 – Satisfação no trabalho no CS de Cascais ao longo do tempo – Pontuação por factores de ST e global por extensão

	Ext. C		
	2000	2004	2007
Factor 1- Pressão e exigência no trabalho	2,34	2,00	2,20
Factor 2 - Condições para o exercício profissional	2,56	2,53	2,33
Factor 3 - Interesse do trabalho	3,23	3,00	3,44
Factor 4 - Adequação para o trabalho	3,90	3,90	4,19
Factor 5 - Recompensa pelo trabalho	2,79	2,47	2,17
Factor 6 - Ambiente de trabalho e autonomia	3,97	3,60	3,67
Pontuação Global	3,10	2,88	3,00

	Ext. D		
	2000	2004	2007
Factor 1- Pressão e exigência no trabalho	2,40	2,26	2,76
Factor 2 - Condições para o exercício profissional	1,67	1,77	1,58
Factor 3 - Interesse do trabalho	3,25	3,08	3,25
Factor 4 - Adequação para o trabalho	3,94	3,68	3,80
Factor 5 - Recompensa pelo trabalho	2,74	2,40	2,58
Factor 6 - Ambiente de trabalho e autonomia	3,70	3,60	3,87
Pontuação Global	2,96	2,80	3,02

Quadro 6.50 – Satisfação no trabalho no CS de Cascais ao longo do tempo – Pontuação por factores de ST e global por extensão (cont)

Médicos de Família	2007	2008	2009
Factor 1 Pressão e exigência no trabalho	2,84	2,54	2,31
Factor 2 Condições para o exercício profissional	4,33	4,23	4,15
Factor 3 Interesse do trabalho	4,31	4,35	4,25
Factor 4 Adequação para o trabalho	4,22	4,03	3,95
Factor 5 Recompensa pelo trabalho	4,07	4,07	4,15
Factor 6 Ambiente de trabalho e autonomia	4,37	4,27	4,09
Pontuação Global	3,94	3,81	3,71

Quadro 6.51 – Satisfação no trabalho no CS de Cascais ao longo do tempo – Pontuação por factores de ST e global na USF Marginal

Um dado comparativo interessante, porque no sentido inverso ao padrão, é o relativo ao *factor 4 – adequação para o trabalho*: a tendência é de subida em todas as unidades com excepção da USF, ainda que, mesmo assim, num valor alto. Poderá estar em relação com um aumento das exigências a que o trabalho numa USF cada vez mais obriga (maior produtividade, mais trabalho por objectivos, monitorização de indicadores, mais avaliação interpares tornando mais visível o que se faz, novas exigências, nomeadamente na gestão da unidade de saúde, área para a qual os médicos não tiveram formação de base). Igualmente importante é a evolução no factor 3 – “interesse do trabalho” que diminuiu ligeiramente na USF; isto obriga a uma atenção redobrada porque são dois factores intrínsecos à

actividade dos médicos de família. Esta situação com o decréscimo no factor 6 - “relações interpessoais e autonomia” tem potencial para afectar gravemente toda a satisfação no trabalho e actividade dos médicos na USF. Este efeito nota-se já na quebra da pontuação global ao longo do tempo ainda que se mantenha em valores altos. Esta tendência de descida acontece na generalidade os factores mas com especial incidência no *factor 1- pressão e exigência no trabalho* (é de referir que na USF Marginal, entre 2008 e 2009 se registou um aumento de 55.278 contactos para 68.260 contactos, quer directos quer indirectos) evidenciando o referido aumento das exigências do trabalho (no entanto, em 2009 a USF recebeu um novo elemento médico, passando de dez para onze médicos o que tem de ser tomado em linha de conta, tornando as comparações entre anos menos directas).

É relevante, igualmente, referir que o *factor 5 – recompensa pelo trabalho* é o único que aumentou entre 2007 e 2009 na USF e que este é igualmente o factor mais negativo nas restantes unidades. O *factor 2 - condições para o exercício profissional*, apesar de baixar é ainda muito positivo na USF (de referir que é uma USF em modelo B) em contraste com as outras unidades.

Segue-se a apresentação dos resultados da avaliação da qualidade organizacional. No primeiro quadro vê-se a evolução de 1998 (a primeira avaliação) a 2004 (último ano em que se fez avaliação desta dimensão no CS de Cascais).

Vemos que se registou uma grande evolução ao longo do tempo no CS de Cascais com a passagem para o dobro da pontuação global entre 1998 e 2000, valor que é confirmado pela avaliação cruzada de 2000 (ver início desta secção), e uma quebra relativa nos valores de 2004. São de evidenciar valores muito altos em todas as áreas a partir de 2000.

	1 Organização e Gestão	2 Direitos dos Utentes	3 Promoção da Saúde	4 Prestação de Cuidados de Saúde	5 Educação Contínua e Desenvolvimento da Qualidade	6 Instalações e Equipamentos	TOTAL
Auto-avaliação 1998	44	65	37	46	21	50	263
Auto-avaliação 1998	63	82	53	57	41	55	351
Auto-avaliação 2000	83	100	97	86	95	77	538
Avaliação Cruzada 2000	87	100	100	83	95	88	553
Auto-avaliação 2004	82	89	83	91	79	80	504

Pontuação máxima de cada área é de 100 e das seis áreas é de 600

Quadro 6.52 – Evolução dos resultados das avaliações MoniQuOr no Centro de Saúde de Cascais de 1998 a 2004- dimensões da qualidade organizacional

A quebra das pontuações de 2000 para 2004, em termos globais e em 4 das seis áreas, acompanha a quebra na avaliação da satisfação no trabalho nesses anos.

Nos quadros seguintes é apresentada a pontuação para todo o centro de saúde na primeira coluna para os anos de 2000 e 2004 e, depois, para cada uma das quatro extensões do centro de saúde apenas para o ano de 2000.

Como conclusão geral, temos que a Ext. A e Ext. C têm quase sempre pontuações mais elevadas, em termos globais e para cada área do que as Ext. B e Ext. D. De evidenciar, também, que são

aquelas extensões que têm, nos anos 2000 e 2004, pontuações mais elevadas de satisfação no trabalho.

Realça-se, ainda, a pontuação diferenciada na *área 6 - instalações e equipamentos* nas diferentes extensões para reforçar o que já foi referido: que apenas a Ext. A tem um edifício construído de raiz para ser um centro de saúde, sendo as outras três extensões edifícios adaptados, apresentando as Ext. B e Ext. D em todo o período de 2000 a 2007 instalações muito degradadas, o que se reflecte na avaliação da *área 6 - instalações e equipamentos*.

Ano	CS Cascais	Ext. A	Ext. B	Ext. C	Ext. D	Máx. Possível
2000	83	74	68	85	69	100
2004	82					100

Quadro 6.53- Evolução dos resultados das auto-avaliações MoniQuOr no Centro de Saúde de Cascais de 2000 a 2004 na área 1 - Organização e gestão

Ano	CS Cascais	Ext. A	Ext. B	Ext. C	Ext. D	Máx. Possível
2000	100	100	86	97	100	100
2004	89					100

Quadro 6.54 - Evolução dos resultados das auto-avaliações MoniQuOr no Centro de Saúde de Cascais de 2000 a 2004 na área 2 - Direitos dos utentes

Ano	CS Cascais	Ext. A	Ext. B	Ext. C	Ext. D	Máx. Possível
2000	97	67	52	88	37	100
2004	83					100

Quadro 6.55 - Evolução dos resultados das auto-avaliações MoniQuOr no CS de Cascais de 2000 a 2004 na área 3 - Promoção da saúde

Ano	CS Cascais	Ext. A	Ext. B	Ext. C	Ext. D	Máx. Possível
2000	86	73	64	87	53	100
2004	91					100

Quadro 6.56 - Evolução dos resultados das auto-avaliações MoniQuOr no Centro de Saúde de Cascais de 2000 a 2004 na área 4 - Prestação de cuidados de saúde

Ano	CS Cascais	Ext. A	Ext. B	Ext. C	Ext. D	Máx. Possível
2000	95	71	49	86	63	100
2004	79					100

Quadro 6.57 - Evolução dos resultados das auto-avaliações MoniQuOr no CS de Cascais de 2000 a 2004 na área 5 -Educação contínua e desenvolvimento da qualidade

Ano	CS Cascais	Ext. A	Ext. B	Ext. C	Ext. D	Máx. Possível
2000	77	71	55	69	50	100
2004	80					100

Quadro 6.58 - Evolução dos resultados das auto-avaliações MoniQuOr no Centro de Saúde de Cascais de 2000 a 2004 na área 6 - Instalações e equipamentos

Ano	CS Cascais	Ext. A	Ext. B	Ext. C	Ext. D	Máx. Possível
2000	538	456	374	512	372	600
2004	504					600

Quadro 6.59 - Evolução dos resultados das auto-avaliações MoniQuOr no Centro de Saúde de Cascais de 2000 a 2004 no total das seis áreas

De seguida, apresentam-se os resultados da USF Marginal a partir de 2007, ano da sua constituição, até 2009. As pontuações das auto-avaliações de 2007 foram validadas externamente pela ENA (Equipa Nacional de Avaliação) – uma instituição formal nacional ligada à reforma dos CSP. A pontuação não é directamente comparável com as avaliações do CS de Cascais porque o instrumento de medida foi alterado, pelo que se vai concentrar a análise na comparação entre anos na própria USF. Tem-se assistido a uma evolução positiva na pontuação global - o total de pontos obtidos foi de 470 em 2009, um aumento de quase 50 pontos em relação a 2008 e que corresponde a 78,3% do máximo de pontos possível (600). Obtiveram-se valores altos para todas as seis áreas de avaliação, registando-se uma melhoria relativamente a 2008 em todas as áreas avaliadas. É de evidenciar a evolução mais positiva em duas das áreas - *4 – Prestação de cuidados de saúde* e *5 - Educação contínua e desenvolvimento da qualidade*. Em três das áreas obteve-se um valor acima do valor obtido em 2007: as duas anteriores e a *3 - Promoção da saúde*. Estes factos representam as prioridades e o esforço que têm sido adoptados pela USF nomeadamente para dar resposta às áreas mais deficitárias identificadas em 2007 com uma aposta ainda mais forte na formação e na área da qualidade, na construção de manuais de boas práticas e na disponibilização de uma aplicação informática de monitorização e melhoria da prática clínica – o Performance Monitor;

Áreas de avaliação da Auditoria (MoniQuOR adaptado)	Auto-diagnóstico 2007	Validação pela ENA (Equipa Nacional de Avaliação) 2007	Auto-diagnóstico 2008	Auto-diagnóstico 2009
1 - Organização e gestão	84/100	93/100	72/100	79/100
2 - Direitos dos utentes	88/100	88/100	72/100	85/100
3 - Promoção da saúde	59/100	62/100	59/100	63/100
4 - Prestação de cuidados de saúde	67/100	60/100	71/100	84/100
5 - Educação contínua e desenvolvimento da qualidade	78/100	77/100	74/100	83/100
6 - Instalações e equipamentos	82/100	82/100	75/100	76/100
Total	458/600	462/600	423/600	470/600

Quadro 6.60 - Avaliação da qualidade organizacional da USF Marginal ao longo do tempo

Por último, apresentam-se os resultados da avaliação das áreas de satisfação e de insatisfação dos utentes (ver início desta secção) em três dimensões: os médicos de família, os serviços de apoio geral e a avaliação global dos serviços prestados.

Focando a atenção nas comparações entre as diferentes unidades de saúde para o caso dos médicos de família (ver quadro

6.61), é de referir que na USF se obtiveram valores de satisfação superiores, de um modo geral, o dobro, por vezes, o triplo ou mais do que nas outras unidades de saúde. É de referenciar, por maior diferencial, a satisfação com os serviços no domicílio, com a competência percebida e com a pontualidade.

		Unidade / Extensão				
		Ext. B	Ext. C	Ext. D	Ext. A	Marginal
1 - A pontualidade dos médicos é	Razoável ou Má	62,3%	46,5%	64,7%	42,9%	14,6%
	Boa	26,4%	37,2%	23,5%	27,7%	31,3%
	Muito Boa ou Excelente	11,3%	16,3%	11,8%	29,5%	54,2%
2 - O horário de atendimento dos médicos é	Razoável ou Má	52,0%	37,8%	43,8%	30,0%	10,2%
	Bom	44,0%	46,7%	40,6%	50,0%	44,9%
	Muito Bom ou Excelente	4,0%	15,6%	15,6%	20,0%	44,9%
3 - A competência dos médicos é	Razoável ou Má	31,4%	16,7%	25,8%	18,2%	6,7%
	Boa	43,1%	57,1%	41,9%	40,0%	20,0%
	Muito Boa ou Excelente	25,5%	26,2%	32,3%	41,8%	73,3%
4 - A simpatia dos médicos é	Razoável ou Má	36,0%	15,6%	28,1%	15,9%	2,2%
	Boa	24,0%	44,4%	31,3%	37,2%	23,9%
	Muito Boa ou Excelente	40,0%	40,0%	40,6%	46,9%	73,9%
5 - A preocupação com a sua saúde por parte dos médicos é	Razoável ou Má	28,6%	26,7%	32,4%	22,1%	6,4%
	Boa	32,7%	42,2%	35,3%	36,3%	23,4%
	Muito Boa ou Excelente	38,8%	31,1%	32,4%	41,6%	70,2%
6 - O respeito com que foi tratado pelos médicos é	Razoável ou Má	17,3%	8,9%	20,6%	14,9%	6,3%
	Bom	46,2%	37,8%	38,2%	32,5%	18,8%
	Muito Bom ou Excelente	36,5%	53,3%	41,2%	52,6%	75,0%
7 - O modo como a sua privacidade foi mantida pelos médicos é	Razoável ou Má	10,0%	4,3%	13,8%	5,8%	11,6%
	Bom	36,0%	43,5%	44,8%	36,5%	18,6%
	Muito Bom ou Excelente	54,0%	52,2%	41,4%	57,7%	69,8%
8 - A rapidez com que foi atendido pelos médicos é	Boa	18,9%	29,5%	30,3%	28,3%	26,5%
	Muito Boa ou Excelente	18,9%	15,9%	9,1%	20,4%	61,2%
9 - O serviço ao domicílio (em sua casa) prestado pelos médicos é	Razoável ou Má	42,9%	36,4%	45,5%	26,3%	16,7%
	Bom	42,9%	27,3%	45,5%	42,1%	0,0%
	Muito Bom ou Excelente	14,3%	36,4%	9,1%	31,6%	83,3%

Quadro 6.61 - Avaliação de áreas de satisfação e insatisfação dos utentes com serviços prestados pelos MF em 2007 no CS de Cascais por unidade de saúde - I

A satisfação com os aspectos mais gerais também se mantém comparativamente positiva para a USF (quadro 6.62).

		Unidade / Extensão				
		Ext. B	Ext. C	Ext. D	Ext. A	Margin al
27 - O apoio do pessoal de saúde da Unidade / Extensão é	Razoável ou Má	34,0%	50,0%	37,9%	34,4%	14,7%
	Boa	38,3%	32,4%	48,3%	46,2%	41,2%
	Muito Boa ou Excelente	27,7%	17,6%	13,8%	19,4%	44,1%
28 - A facilidade em marcar uma consulta para a Unidade / Extensão que me sirva é	Razoável ou Má	63,5%	52,4%	45,7%	44,0%	22,4%
	Boa	21,2%	26,2%	37,1%	33,9%	34,7%
	Muito Boa ou Excelente	15,4%	21,4%	17,1%	22,0%	42,9%
29 - A facilidade em falar pelo telefone para a Unidade / Extensão é	Razoável ou Má	38,3%	60,0%	64,3%	63,4%	34,1%
	Boa	34,0%	25,0%	28,6%	24,8%	31,7%
	Muito Boa ou Excelente	27,7%	15,0%	7,1%	11,9%	34,1%
32 - A rapidez com que os meus problemas urgentes são resolvidos na Unidade / Extensão é	Razoável ou Má	66,7%	55,0%	59,4%	45,5%	23,3%
	Boa	12,5%	25,0%	34,4%	34,5%	39,5%
	Muito Boa ou Excelente	20,8%	20,0%	6,3%	20,0%	37,2%
33 - O conforto da Unidade / Extensão é	Razoável ou Má	81,1%	55,8%	87,9%	48,7%	8,3%
	Bom	11,3%	37,2%	9,1%	31,9%	35,4%
	Muito Bom ou Excelente	7,5%	7,0%	3,0%	19,5%	56,3%

Quadro 6.62 - Avaliação das áreas de satisfação e de insatisfação dos utentes com os serviços prestados pelos médicos de família em 2007 no CS de Cascais por unidade de saúde -II

A corroborar estes resultados, temos a evolução das reclamações na USF Marginal (quadro 6.63) com um decréscimo acentuado ao longo dos anos das reclamações.

2007	2008	2009
3,3 reclamações por 10.000 contactos (10 reclamações/ 30.366 contactos)	1,6 reclamações por 10.000 contactos (9 reclamações/ 55278 contactos)	1,3 reclamações por 10.000 contactos (9 reclamações/ 68260 contactos)

Quadro 6.63 – Reclamações ao longo do tempo – USF Marginal

Na avaliação mais global em relação ao médico de família e à unidade de saúde, a tendência mantém-se com maior satisfação na USF, seguindo-se a Ext. A (este registo para a Ext. A também acontece na maior parte das áreas avaliadas). É de realçar que são estas as unidades que têm também os valores mais altos de satisfação no trabalho. As unidades que têm valores mais baixos de qualidade organizacional - Ext. D e Ext. B - são as que têm uma avaliação mais negativa nas áreas de satisfação e insatisfação dos utentes.

		Unidade / Extensão				
		Ext. B	Ext. C	Ext. D	Ext. A	Marginal
35 - Recomendo fortemente o meu médico de família aos meus amigos	Concordo muito	21,4%	42,5%	16,1%	29,3%	52,4%
	Concordo	40,5%	42,5%	54,8%	41,4%	38,1%
	Nem concordo nem discordo	26,2%	12,5%	19,4%	18,2%	7,1%
	Discordo	4,8%	2,5%	6,5%	5,1%	2,4%
	Discordo muito	7,1%	,0%	3,2%	6,1%	0,0%
37 - Recomendo fortemente esta Unidade / Extensão aos meus amigos	Concordo muito	6,8%	18,9%	,0%	21,0%	36,4%
	Concordo	43,2%	48,6%	40,6%	43,0%	50,0%
	Nem concordo nem discordo	31,8%	24,3%	56,3%	24,0%	6,8%
	Discordo	11,4%	8,1%	3,1%	8,0%	4,5%
	Discordo muito	6,8%	0,0%	0,0%	4,0%	2,3%

Quadro 6.64 Avaliação das áreas de satisfação e de insatisfação dos utentes com os serviços prestados pelos médicos de família em 2007 no CS de Cascais por unidade de saúde -II I

		USF Marginal Nov 2007	USF Marginal Dez 2008	USF Marginal Dez 2009
36 - Não vejo qualquer razão para mudar para outro médico de família	Concordo muito	43,9%	71,4%	48,1%
	Concordo	36,6%	14,3%	51,9%
	Nem concordo nem discordo	4,9%	8,6%	0,0%
	Discordo	12,2%	5,7%	0,0%
	Discordo muito	2,4%	0,0%	0,0%
38 - Não vejo qualquer razão para mudar para outro centro de saúde	Concordo muito	48,8%	71,4%	53,8%
	Concordo	34,1%	20,0%	46,2 %
	Nem concordo nem discordo	4,9%	2,9%	0,0%
	Discordo	7,3%	5,7%	0,0%
	Discordo muito	4,9%	0,0%	0,0%

Quadro 6.65 - Avaliação das áreas de satisfação e de insatisfação dos utentes com os serviços prestados pela USF Marginal

É interessante igualmente verificar a evolução da satisfação com a USF ao longo do tempo nesta avaliação mais global – a recomendação do médico de família ou da unidade de saúde aos amigos - vendo-se que a evolução é muito positiva, passando, na última avaliação de 2009, a existir apenas utentes a manifestar satisfação ou muita satisfação, não havendo casos nas três opções mais negativas da escala de cinco pontos (quadro 6.64).

Como síntese, temos que valores mais altos de satisfação no trabalho dos médicos de família acompanham avaliações mais positivas das áreas de satisfação e de insatisfação dos utentes em relação aos serviços prestados por médicos de família e unidades de saúde. Valores mais baixos de qualidade organizacional acompanham valores mais baixos de satisfação no trabalho e mais baixos nas avaliações dos utentes sobre os serviços prestados (ver quadros 6.65 e 6.66).

	Unidade			
	Ext. B	Ext. C	Ext. D	Ext. A
Avaliação da satisfação no trabalho (escala de 1 a 5) 2000	2,96	3,10	2,96	3,24
Avaliação MoniQuOr (escala de 0 a 600) 2000	374	512	372	456

Quadro 6.66 – Comparação da avaliação da satisfação no trabalho com a avaliação da qualidade organizacional nas várias unidades de saúde

	Unidade				
	Ext. B	Ext. C	Ext. D	Ext. A	USF Marginal
Avaliação da satisfação no trabalho (escala de 1 a 5) 2007	3,20	3,00	3,02	3,16	3,94
37 - Recomendo fortemente esta Unidade / Extensão aos meus amigos (percentagem da opção mais positiva das 5 possíveis) 2007	6,8%	18,9%	0,0%	21,0%	36,4%

Quadro 6.67 - Comparação da avaliação da satisfação no trabalho com a avaliação da satisfação dos utentes nas várias unidades de saúde

6.4 Estudo 4 - Opinião dos profissionais dos centros de saúde portugueses sobre os factores associados à satisfação no trabalho dos médicos de família nestas unidades e as prioridades para a reforma dos cuidados de saúde primários

Foi objectivo deste estudo caracterizar a opinião dos profissionais dos centros de saúde portugueses sobre:

- os factores associados à satisfação no trabalho dos médicos de família nos centros de saúde portugueses;
- as prioridades para a reforma dos cuidados de saúde primários.

6.4.1 Delineamento do estudo

Desenhou-se um estudo qualitativo, transversal e multicêntrico com recolha de dados feita através de *focus groups*⁵⁶.

6.4.2 População e Métodos

6.4.2.1 Universo em estudo e amostragem

O universo em estudo consistiu nos médicos de família, chefias intermédias de várias profissões e directores de centros de saúde portugueses.

Utilizou-se uma amostra intencional (total de 20 unidades amostrais) de nove médicos de família, seis chefias intermédias de várias profissões e cinco directores de centros de saúde portugueses. Estes 20 profissionais exerciam em sete centros de saúde diferentes do Norte e de Lisboa e Vale do Tejo. Os *focus groups* de médicos de família e de directores de centros de saúde focaram-se exclusivamente na satisfação no trabalho dos médicos de família. O *focus group* das chefias intermédias abarcou também a satisfação no

trabalho de outros profissionais de saúde dos centros de saúde mas foram analisados nesta tese apenas os dados que diziam respeito aos médicos de família.

O recrutamento dos participantes procurou seguir a regra de maximizar a diversidade da amostra, tentando assegurar heterogeneidade e pertinência de opiniões, e não a regra da aleatoriedade.⁷ Assim, a amostra foi estratificada pelas variáveis sexo, número de anos de serviço na unidade e integração ou não de unidades de saúde familiares sendo assegurada a participação de profissionais dos dois sexos e nos *focus group* de médicos de família também a participação de médicos com mais e menos de 10 anos de experiência profissional e que integravam e não integravam unidades de saúde familiares. De forma a garantir a expressão de opiniões, no mesmo *focus group* não foram incluídos elementos com uma relação de poder organizacional entre si (por exemplo, chefias com outros profissionais da mesma área).

6.4.2.2 Recolha dos dados

O estudo decorreu entre Janeiro e Maio de 2007 tendo a recolha dos dados sido efectuada entre Janeiro e Março.

A técnica de recolha de dados escolhida foi a de *focus groups* (grupos focais). Trata-se de uma técnica de recolha de dados que implica situações de interacção social, com um número reduzido de pessoas (4 a 12), em contexto de discussão sobre um tema específico, bem delimitado, tendo por objectivo a recolha de dados qualitativos (i.e., verbais e relacionais) através de discussão "*focalizada*".⁸

Nos *focus groups* utilizados neste estudo optou-se por um moderador e um co-moderador^{cx} com experiência no exercício da

^{cx} O autor agradece a Osvaldo Santos, Ana Rita Antunes e Rita Caldeira pelo trabalho de co-moderação e análise dos dados.

técnica e que guiaram o grupo⁸, de forma neutra, através dos temas em discussão. A condução dos *focus groups* seguiu um formato semi-estruturado, sendo colocadas aos participantes perguntas abertas mas obedecendo a um guião previamente definido (ver anexo 9).

Os locais de realização das reuniões foram também escolhidos em função de (a) condições acústicas, de forma a viabilizar a gravação dos conteúdos verbais e (b) espaço livre da sala, de forma a garantir a disposição dos participantes (e moderador/co-moderador) em círculo, sem obstáculos entre os mesmos.

Os *focus groups* tiveram uma duração média de duas horas, oscilando entre uma hora e quarenta minutos e duas horas e meia. Cada *focus groups* foi registado em vídeo e áudio, para posterior transcrição e análise de conteúdos.

6.4.2.3 Análise dos dados

Os depoimentos obtidos nos *focus groups* foram transcritos na sua totalidade, de forma exaustiva, de acordo com regras definidas em manual preparado para o efeito, garantindo a uniformização das transcrições. Participaram no projecto seis transcritores, tendo todos recebido formação sobre as normas de transcrição a utilizar, para além do manual de instruções.

O corpus (i.e. dados verbais) assim obtido foi utilizado para análise de conteúdo, enquanto técnica de análise específica para discurso oral em grupo⁹. A análise dos conteúdos foi feita segundo o método temático de codificação e interpretação com uma abordagem não quantitativa⁹ visando a identificação de dimensões e categorias de opinião. As dimensões e categorias da análise de conteúdo foram obtidas inicialmente através dos conteúdos do guião dos *focus groups* (variáveis empíricas). No entanto, e por emergência

da própria análise, foram criadas novas dimensões, pelo que o conjunto final de dimensões e categorias não se limitou aos temas incluídos nos guiões (ver anexo 10).

Numa segunda fase da análise, os conteúdos dos *focus groups* foram agrupados, de acordo com as categorias comuns, em dimensões.

Por fim, os dados de todos os *focus groups* foram analisados como um todo, de forma a permitir uma análise holística dos mesmos (o resultado desta fase é apresentado neste capítulo).

6.4.2.4 Considerações metodológicas do estudo

Optou-se pela técnica de *focus groups*:

- por as pessoas estudadas com esta técnica interpretarem os fenómenos e agirem (i.e., tomarem decisões) com base na interacção com outras pessoas⁸ e, assim, se poderem alcançar níveis mais profundos de conhecimento e diversidade de opiniões (nesta técnica não é suposto a obtenção de consensos);
- por combinar vantagens de outras formas de recolha de dados qualitativos (como a observação participante e entrevista), incluindo ainda a utilização de técnicas de dinâmica de grupo;
- por ser especialmente útil quando no fenómeno em estudo as relações interpessoais têm um papel relevante, como é o caso.

Apesar de se terem feito três *focus groups* os conteúdos foi alcançada a saturação teórica dos dados, ou seja cada vez surgiam menos novos tópicos do primeiro para o último, indicando que não seriam necessários mais *focus groups*, pelo que se decidiu terminar ao terceiro.

6.4.3 Resultados

É aqui apresentado o resultado da última fase de análise dos dados em que os dados que foram primariamente agrupados⁹ em categorias e dimensões e categorias de opinião são agora analisados como um todo, de forma a permitir uma análise holística dos mesmos. Em itálico e entre aspas são apresentados excertos dos discursos dos participantes.

Em termos gerais, notou-se coincidência de opiniões entre os médicos de família e os directores de centros de saúde, tendo estes últimos, no entanto, uma visão mais optimista da reforma actualmente em curso nos CSP.

O discurso destes participantes pode ser estruturado nas seguintes categorias de análise:

- relação entre satisfação no trabalho dos médicos de família e satisfação dos utentes;
- actual estado de satisfação no trabalho dos médicos de família;
- factores determinantes da satisfação no trabalho dos médicos de família;
- consequências do actual estado de satisfação no trabalho dos médicos de família;
- factores que poderiam melhorar a satisfação no trabalho dos médicos de família;
- o efeito da actual reforma dos CSP na satisfação no trabalho dos médicos de família.

O discurso dos participantes no *focus group* das chefias intermédias foi classificado de acordo com as seguintes dimensões e respectivas subcategorias:

- actual estado de satisfação no trabalho nos centros de saúde;

- consequências do actual estado de satisfação no trabalho nos centros de saúde;
- factores que poderiam melhorar a satisfação no trabalho nos centros de saúde;
- efeito da actual reforma dos cuidados de saúde primários.

No que se refere à satisfação no trabalho nos CS (*focus groups* com directores de CS, chefias intermédias e médicos de família), são de realçar as conclusões apresentadas a seguir:

A – Relação circular entre satisfação dos utentes e satisfação no trabalho dos profissionais

Nos *focus groups* dos médicos de família (embora se considere que se pode adaptar igualmente aos outros grupos profissionais) foi identificada uma relação estreita entre satisfação dos utentes e satisfação no trabalho, alicerçada no seguinte raciocínio circular:

- os aspectos que mais satisfazem o médico de família estão relacionados com aspectos intrínsecos à profissão, com aquilo que é considerado nuclear no exercício da profissão, nomeadamente a relação médico-utente;
- a satisfação no trabalho, por outro lado, é sentida como um aspecto estrutural dos cuidados prestados, ou seja, é fundamental que exista para que os cuidados tenham a qualidade necessária;
- os utentes são sensíveis à qualidade dos cuidados, ficando mais satisfeitos quando a percebem e, principalmente, quando retiram benefícios directos dessa maior qualidade;
- os médicos sentem-se recompensados e retiram satisfação no trabalho do exercício da sua actividade quando percebem que os utentes estão satisfeitos com os cuidados que lhes são prestados.

B – A satisfação no trabalho está associada às condições para o exercício profissional

Embora se considere que existe insatisfação nos profissionais de saúde – “*Não há grande satisfação nos profissionais*” –, a situação varia de local para local em função das condições que são disponibilizadas para o exercício profissional e não do que é intrínseco e nuclear à profissão; considera-se, igualmente, que não é um factor em particular que provoca um estado de satisfação no trabalho, mas uma conjugação de factores.

As condições de exercício mais frequentemente referidas como associadas à insatisfação no trabalho foram:

- a escassez de recursos humanos nos CS que, por um lado, é de difícil resolução – “não podem imaginar o que nós temos feito para tentar arranjar alguém que venha trabalhar” – e vai piorar brevemente - “Dentro de 10 anos estamos reformados, todos. Na íntegra.” – e, por outro, conduz a rácios profissionais de saúde/utentes inadequados, utentes sem médico de família atribuído – “[os utentes sem médico de família são] uma chaga ... Num CS, quanto maior for o número, mais difícil é a gestão.” – e áreas de cuidados desguarnecidas perturbando toda a actividade dos CS, não permitindo que o perfil do médico de família se possa exprimir em todas as suas vertentes;
- a baixa autonomia dos CS em todos os domínios;
- a diminuta participação dos profissionais nas decisões sobre o funcionamento dos CS;
- a existência de uma gestão considerada “controladora”;
- a falta de verdadeiro trabalho em equipa;
- a instabilidade das equipas ao longo do tempo;
- a dimensão demasiado grande da maioria dos CS;
- a falta de apoio dos outros níveis de cuidados; e
- o défice de tecnologia adequada nos CS.

A um nível mais macro, são realçados como factores de insatisfação problemas colocados pela contenção de custos, uma deficiente definição e orientação política e o facto de se considerar que os CSP nunca terão sido uma verdadeira prioridade *“não é para aqui que são canalizados nem os profissionais nem as verbas, nem nada”*.

C – Deterioração na relação profissional de saúde-utente

O discurso dos participantes expressa uma deterioração na relação profissional de saúde-utente (*“tem passado que os funcionários públicos são o verdadeiro mal deste país”*), uma grande pressão do tempo, um aumento das reclamações (que os profissionais consideram acontecer pelas razões erradas – *“nunca vi nenhum utente reclamar por não ter médico de família”*), desrespeito de parte a parte quanto aos respectivos deveres e concomitante exacerbação dos direitos. A este propósito, é referido que as USF, por tornarem mais claros deveres e direitos de utentes e profissionais através de um compromisso formal, e por propiciarem um maior cumprimento por parte dos médicos, em termos, nomeadamente, de horários e de comunicação com os utentes (por exemplo nos casos de desmarcação de consultas), promovem uma maior assunção, por parte dos utentes, das suas responsabilidades em relação ao funcionamento dos CS.

D – Aumento generalizado da exigência com os cuidados prestados nos CS

Registou-se um aumento do nível de exigência por parte dos utentes, o que causa sentimentos mistos nos profissionais de saúde: por um lado é bem-vindo, por outro cria uma pressão referida como sendo, por vezes, insuportável; ainda, paralelamente, regista-se alguma insatisfação pelas escassas manifestações de

reconhecimento e satisfação por parte dos utentes, por oposição aos comentários negativos presentes no “livro amarelo”. *“Por que não a existência de um livro de louvor?”*

O aumento do nível de exigência acontece igualmente por parte da hierarquia, pela complexificação do acto médico e pelo surgimento de novas áreas para os CSP ou maior relevância de outras já existentes (saúde mental, prevenção da doença / promoção da saúde) – *“o utente, quando não consegue resposta noutra sítio, vem sempre ter com o médico de família”*; também é referido que se considera que a medicina geral e familiar é para onde é passado tudo o que outros profissionais não querem fazer, assumindo-se a questão dos atestados que actualmente são requeridos para inúmeras actividades como causa de muita insatisfação, já que são vistos como um trabalho burocrático e desnecessário.

E – Ineficácia do sistema de reclamações

O sistema de reclamações é considerado merecedor de uma reformulação completa; as reclamações são muitas vezes consideradas ofensivas para os profissionais de saúde, que se sentem isolados e sem qualquer apoio por parte das hierarquias quando têm de enfrentar uma reclamação; foi sugerido que deveria existir outro mecanismo que lhe servisse de contraponto e que permitisse também aos profissionais expressar a sua insatisfação, contribuindo para a obtenção de soluções construtivas.

F – A importância das chefias intermédias

É salientada a importância das chefias intermédias na gestão dos CS e na motivação dos seus profissionais, sobretudo através do reconhecimento do seu trabalho e do diálogo.

G – A supervisão e a avaliação do desempenho podem ser úteis

A supervisão e a avaliação do desempenho são apreciadas positivamente como tendo um papel importante e não associado a insatisfação quando bem aplicadas. A supervisão, particularmente, é encarada positivamente pelos participantes, sendo até referida como algo de fundamental para salvaguarda dos procedimentos instituídos e para evitar a perpetuação de erros.

No que diz respeito à avaliação do desempenho, refere-se que se atribui um peso excessivo aos erros; a este propósito é referido o caso da área administrativa, principalmente todo o processo de avaliação do desempenho SIADAP que é, contudo, encarado como um modo de avaliação interessante, embora demasiado complexo, sendo reivindicada mais e melhor formação e acompanhamento dos profissionais que o deverão aplicar já que pode acarretar consequências negativas para os funcionários avaliados – *“SIADAP é a força do administrativo”* –, nomeadamente em termos de remuneração, progressão na carreira e satisfação no trabalho.

H – A insatisfação no trabalho tem consequências graves

Como consequências mais graves da insatisfação no trabalho são apontadas:

- a deterioração da relação médico-utente com a crescente *medicalização* (*“menos médico e mais medicamento”*) e menor aposta na promoção da saúde;
- a deterioração da relação com colegas e restantes profissionais de saúde (*“deixa correr”*);
- maiores custos;
- menor disponibilidade para o CS (*“cumprir só o horário”*);
- aumento do stresse;

- maior vontade de abandonar a profissão, nomeadamente pela aposentação – *“estou à espera da reforma.”*

I – O actual estado de satisfação no trabalho pode melhorar

Os factores que, na opinião dos participantes, poderiam melhorar a satisfação no trabalho podem ser divididos em incentivos dentro do pacote remuneratório e fora dele.

- incentivos dentro do pacote remuneratório – a remuneração é um aspecto importante, mas para ter mais valor deve ser diferenciada conforme o desempenho e promover o trabalho em equipa e a co-responsabilização pela actividade da unidade;
- incentivos fora do pacote remuneratório - estes subdividem-se em
 - melhor orientação e gestão política (a instabilidade das políticas do sector é considerada a sua imagem de marca – *“ao nível da política global, estou insatisfeitíssimo”*);
 - melhor liderança (chefias escolhidas por projecto);
 - melhor qualidade organizacional (uma boa organização interna e o trabalho em equipa são considerados dos melhores incentivos – *“A compensação nas USF é a organização interna”*);
 - aumento da autonomia e da responsabilidade / maior participação nas decisões (evidenciando-se a importância das reuniões internas);
 - aumento da quantidade e qualidade da informação (incluindo a informação sobre o próprio desempenho do trabalhador) / melhores meios de comunicação;
 - recursos humanos adequados;
 - melhor ambiente de trabalho / ambiente de suporte e de solidariedade / espírito de corpo –

“E mostrarmos aos colegas que nós estamos com eles, solidários”;

- melhores instalações; e
- maior responsabilidade social dos utentes e do Estado.

As frases sobre os incentivos propostos muitas vezes terminavam com equivalentes a *“como vai ser nas USF”*, revelando que o esquema proposto na actual reforma é identificado como passível de promover a satisfação no trabalho; de facto, a reforma dos cuidados de saúde primários, nomeadamente com o enquadramento organizativo das USF, é encarada como uma resposta à insatisfação existente e como uma solução eficaz para a combater.

Foram várias as expressões indicativas de uma maior satisfação no trabalho nos profissionais envolvidos em USF que se associam com o facto de existir um expurgo de condições extrínsecas que são, tradicionalmente, fonte de insatisfação nos CS – nas USF têm instalações e equipamento adequados, não têm de lidar com os utentes sem médico de família e existem incentivos.

J – A actual reforma dos CSP vai mudar os centros de saúde e melhorar a satisfação de utentes e profissionais

É reforçada a noção de que esta é uma reforma que vai alterar profundamente os CS - *“Não, o CS não vai ser o mesmo”*.

Considera-se ainda que a actual reforma poderá aumentar a satisfação no trabalho já que:

- traz uma maior autonomia ao exercício profissional;
- aproxima as estruturas de decisão do terreno;
- apela a uma maior participação dos profissionais nas decisões sobre o funcionamento das unidades;

- incentiva o trabalho em equipa (alicerçado na criação de uma identidade comum forjada na auto-selecção dos grupos e nas afinidades e complementaridades entre os vários elementos); e
- impõe regras mais claras nos deveres e direitos de utentes e profissionais.

Os efeitos positivos da actual reforma estendem-se aos utentes, com melhoria da qualidade dos cuidados que lhes são prestados, essencialmente porque os rácios profissionais / utentes são mais adequados e existe alguma estabilidade e uma boa ligação funcional das equipas que prestam os cuidados; é, no entanto, evidenciado que os MF são os mesmos e que a sua qualidade técnico-científica é a mesma; o que muda, segundo estes participantes, são as condições de exercício, que são promotoras de uma maior qualidade.

O relacionamento entre utentes e profissionais também melhora neste novo enquadramento das USF, referindo-se que existe uma melhor definição dos papéis e uma maior interiorização de direitos e deveres de parte a parte com ganhos para todos. Também é evidenciado que os MF têm uma *“nova disponibilidade”* para o CS e para os utentes.

K – A reforma dos CSP ainda não é irreversível

No entanto, há quem formule dúvidas sobre se o processo é já irreversível – *“ninguém sabe muito bem o que é que vai acontecer”*.

Teme-se, igualmente, um excesso de expectativas e de exigências que possam fazer perigar a implementação das USF – *“querem passar do razoável para o super-ótimo”*.

No entanto, alguns dos participantes consideram que a reforma vai seguir sem recuos no sentido considerado correcto apesar das oposições que possam surgir.

L – A reforma não está isenta de imperfeições e perigos

É realçado o perigo que pode advir de eventuais faltas de equidade no acesso aos cuidados por parte de utentes pertencentes a USF e dos que a elas não pertencem.

Referiu-se ainda a possibilidade de um desinvestimento na dimensão da intervenção comunitária da actividade dos CS ao se dar prioridade à actividade assistencial em consulta, o que teria consequências gravosas para o impacto que o CS pode ter na saúde das comunidades que serve.

São, igualmente, esboçadas críticas por não terem sido envolvidos outros grupos profissionais para além dos médicos, enfermeiros e administrativos neste processo da constituição das USF e pelo constrangimento que tal facto acarreta.

É feito também o alerta para o risco de “contaminação” de cenários devido ao facto de a reforma dos cuidados de saúde primários decorrer em simultâneo com toda uma reorganização da função pública e tal poder implicar que alguns dos acontecimentos decorrentes desta reorganização e apontados como geradores de insatisfação no trabalho (congelamento de carreiras e inexistência de aumentos salariais) possam contaminar os efeitos da actual reforma dos CSP.

Finalmente, emergem também nos discursos, problemas para o avanço de novas USF – *“para onde é que eu vou?”* – e dúvidas sobre o futuro alicerçadas naquilo que é percepcionado como uma indefinição política sobre a visão que o Governo tem para o sector da saúde – *“se nós tivéssemos uma perspectiva de futuro mais clara, melhor definida...”*.

M – A cultura do profissional de saúde

Um resultado final deste estudo é um contributo para o delinear da cultura do profissional de saúde dos cuidados de saúde primários^{cxí}:

- revelam que a sua satisfação no trabalho depende da satisfação dos utentes e de estes verem os seus problemas resolvidos;
- a sua satisfação não é plena se não aliarem a resolução dos problemas dos utentes da sua lista à resolução dos problemas da comunidade (por exemplo os utentes sem médico de família) que servem, revelando a dimensão comunitária da sua actuação;
- prezam, acima de tudo, a autonomia no desempenho do seu trabalho;
- consideram o trabalho em equipa o melhor modelo de trabalho;
- coordenação externa do seu trabalho bem aceite desde que as chefias sejam escolhidas pelos seus projectos, prestígio e competência;
- supervisão e avaliação do desempenho próprio consideradas bem-vindas se alicerçadas em modelos adequados, não centrados na “caça ao erro” e com a formação necessária dos avaliadores;
- mecanismos de controlo baseados em incentivos para comportamentos muito concretos como por exemplo prescrição ou não prescrição de fármacos considerados inadequados;
- formação encarada como necessária (para administrativos, enfermeiros e médicos);

^{cxí} Este resultado derivou destes três *focus groups* assim como de outros onze mas realizados com outros profissionais de saúde e utentes dos centros de saúde assim como jornalistas sobre satisfação dos utentes dos centros de saúde e realizados na mesma altura que estes.

- particularmente críticos às atitudes dos utentes que indiquem falta de respeito pelos respectivos deveres ou exacerbação dos seus direitos;
- consideram-se desgastados com as tarefas consideradas administrativas e burocráticas como passar atestados ou declarações;
- não apreciam que os utentes recorram a médicos exteriores (ao CS) nem terem de dar seguimento a recomendações de outros médicos;
- os utentes afirmam que os profissionais de saúde investem pouco nas dimensões interpessoais (devendo desenvolver estas competências);
- os utentes indicam haver dificuldades na adesão dos funcionários à mudança, nomeadamente ao sistema informático;
- os utentes assinalam existir alguma falta de atenção e respeito da parte dos profissionais, nomeadamente pelo incumprimento dos horários
- os profissionais aceitam as reclamações desde que fundamentadas, correctas, não insultuosas e integradas em sistemas de melhoria contínua;
- estão nos cuidados de saúde primários pela convicção de que é aí que podem prestar um melhor serviço à comunidade.
-

-
- ¹ Koepsell T. epidemiological issues in the design of community intervention trials. In: Brownson R, Petitti D. Applied Epidemiology – Theory to practice. New York: Oxford University Press; 1998. p 177 – 211.
- ² MoniquOr adaptado à USF. Available:
http://mcsp.livengine.com/lmgs/content/page_46/AutoAvaliaca_ModeloB.pdf
- ³ Kreitner R, Kinicki A. Organizational behavior. 7 th. Boston: McGraw-Hill Irwin; 2007.
- ⁴ Mariotti H. Pensamento complexo – suas aplicações à liderança, à aprendizagem e ao desenvolvimento sustentável. São Paulo: Editora Atlas S.A.; 2007. 203 p.
- ⁵ Patton MQ. Qualitative evaluation and research methods. 2nd ed. Newbury Park: Sage; 1990.
- ⁶ Bailey K. Methods of social research. 4th ed. New York: The free press; 1994. 588 p.
- ⁷ Dick B. Structured focus groups [serial online] 1998.. Disponível em:
<http://www.beh.cchs.usyd.edu.au/~arow/Reader/rlewis.htm>.
- ⁸ Krueger RA. Group dynamics and focus groups. In Spilker B. Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials. (2nd Ed.). Lippincott-Raven Publishers. Philadelphia. 1996.
- ⁹ Bardin L. Análise de conteúdo. 1979. Edições 70. Lisboa.

7 DISCUSSÃO

Esta discussão vai ser dividida em quatro partes. Na primeira procede-se à discussão dos aspectos ligados às populações e métodos da tese, na segunda à cristalização do significado dos resultados dos estudos da tese e da revisão bibliográfica, na terceira às conclusões da discussão e na última, de modo a focar as conclusões no contexto real em que poderão ser úteis, procura-se o alinhamento entre as conclusões da tese, por um lado, e as prioridades definidas e as concretizadas para a reforma dos cuidados de saúde primários em Portugal no período de 2005-2010.

De modo a melhor demonstrar de onde foi retirada a evidência do que aqui é discutido referenciam-se os capítulos desta tese com as letras seguintes e à, medida que vão sendo referidas no texto, adicionam-se as letras correspondentes conjuntamente com as restantes referências bibliográficas em posição superior à linha:

- a – Estudo 1 - Construção e estudo da adequação do questionário de avaliação da satisfação no trabalho dos médicos de família portugueses;
- b – Estudo 2 - Satisfação no trabalho dos médicos de família dos centros de saúde da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo em 2002 / 2003 – dados quantitativos (secção 6.2.4.2);
- c – Estudo 2 - Satisfação no trabalho dos médicos de família dos centros de saúde da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo em 2002 / 2003 – dados qualitativos referentes às respostas às questões de resposta aberta (secção 6.2.4.3);
- d - Estudo 3 - Satisfação no trabalho dos médicos de família de um centro de saúde de 2000 a 2007 e de uma unidade de saúde familiar de 2007 a 2009;

e – Estudo 4 - Opinião dos profissionais dos CS portugueses sobre os factores associados à satisfação no trabalho dos médicos de família e as prioridades para a reforma dos cuidados de saúde primários.

7.1 Discussão dos aspectos ligados às populações e métodos

Na investigação-acção, como já se referiu, existe o duplo objectivo de transformar a realidade e produzir os conhecimentos que dizem respeito às transformações realizadas¹. Foi o que aconteceu nesta tese, num processo iterativo em que os resultados de um estudo apontam caminhos para o estudo seguinte e municiam a fundamentação das abordagens práticas que se vão propondo, que, por sua vez, geram resultados que são analisados em conjunto com os profissionais que as implementaram, reforçando a discussão dos resultados dos estudos desenvolvidos e criando uma base fundamentada para o desenho de novos estudos e novas abordagens. É a recursividade complexa em prática (ver secção 1).

O propósito inicial, explanado na finalidade da tese, é um problema prático - desenvolver uma abordagem útil da satisfação no trabalho dos médicos de família a exercer nos centros de saúde portugueses – para cuja solução foram desenvolvidos estudos para melhor o caracterizar e propostas abordagens como a constituição do Núcleo da Qualidade do CS de Cascais, a monitorização regular da qualidade organizacional, da satisfação no trabalho ou das áreas de satisfação e insatisfação dos utentes utentes do CS, *focus group* de utentes utentes e de profissionais, um sistema da qualidade baseada no referencial ISO ou o Pentágono da Qualidade. Estas abordagens foram depois teorizadas, operacionalizadas e implementadas, tendo sempre como parceiros activos os profissionais que exercem nas

unidades estudadas, que participaram na discussão dos resultados dos estudos e usufruíram das mudanças implementadas.

Este processo de investigação-acção foi, como suportado por quatro estudos e numa revisão bibliográfica efectuada pelo autor. O primeiro dos estudos^a foi dedicado à construção do instrumento de medida utilizado nos outros três estudos - no estudo 2^b e 3^d para a recolha de dados, e no estudo 4^e como parte da fundamentação para a construção dos guiões dos *focus group*.

Estes três últimos estudos representam três abordagens diferentes da satisfação no trabalho:

- uma abordagem quantitativa e analítica num desenho que permitiu a generalização dos resultados e com a construção de modelos de regressão linear múltipla sem transformações o que proporcionou uma aproximação mais natural ao real^b;
- uma abordagem quantitativa e analítica num desenho mais exploratório de variáveis para as quais não foi possível obter amostras representativas^d;
- uma abordagem qualitativa^{c,e} de modo a obter caminhos explicativos dos resultados dos estudos quantitativos e soluções para os problemas emergentes propostas pelos que delas eram potenciais usufrutuários.

Nesta secção podem ser retiradas três grandes conclusões:

- I. uma abordagem multimétodos é apropriada para investigar em áreas multidimensionais, diversificadas e em que são difíceis condições experimentais como é a investigação em serviços de saúde;
- II. construiu-se um instrumento adequado para medir a satisfação no trabalho dos médicos de família;
- III. o processo de investigação-acção proposto conseguiu produzir mudanças na prática e levar à teorização de

modelos de abordagem da satisfação no trabalho que foram considerados inovações e têm sido utilizados nas unidades estudadas e em outras.

I. Uma abordagem multimétodos é apropriada para investigar em áreas multidimensionais, diversificadas e em que são difíceis condições experimentais como é a investigação em serviços de saúde

Nesta tese procurou-se uma abordagem que colocasse os resultados o mais próximo possível do real. A estratégia delineada passou pela adopção na concepção e implementação dos estudos de:

- técnicas da construção de instrumentos de medida adequados à especificidade da problemática em causa ^{2e} e da população estudada ao invés de utilizar instrumentos já construídos e não completamente alinhados com os objectivos do estudo; e
- técnicas multimétodos ou métodos mistos em que um dado problema é considerado de múltiplas e concorrentes perspectivas, em termos de ópticas de abordagem e técnicas de obtenção de resultados:
- métodos quantitativos (por ex. questionários com questões de resposta fechada e tratamento descritivo e analítico dos dados^{a,b,d}) e qualitativos (questionários com questões de resposta aberta^{a,c} e *focus group*^e com análise de conteúdo),
- diferentes abordagens de análise dos dados (bivariada e multivariada^b, análise de conteúdo pelo método temático de codificação e interpretação com uma abordagem quantitativa^c e outra não quantitativa^e),
- distintos contextos de investigação (centros de saúde^{b,c,d} ou administrações de saúde^e),

- diversas ópticas de investigação (observacional^{a,b,c,e} ou participada^d).

A escolha desta abordagem multi-canal e multi-metodológica decorre do paradigma de referência - teoria da complexidade - e de se considerar que em áreas multidimensionais, como a satisfação no trabalho, os problemas são mais apropriadamente abordados se considerados de múltiplas perspectivas, de modo a evitar visões unifocais e limitadas das situações, alcançando-se, um entendimento mais abrangente das problemáticas em causa. Por outro lado, esta abordagem favorece uma visão mais natural das problemáticas³, mais próxima do real do que em situações experimentais, que são aliás de pouca exequibilidade em áreas como a investigação em serviços de saúde.

Esta abordagem multimétodos foi depois complementada com uma interpretação do significado dos resultados fundamentada na cristalização¹, que é um método de investigação em si mesmo, e propõe uma análise e discussão dos resultados que, novamente, mantém a complexidade da problemática, mais próxima do real.

Todos estes resultados, a sua análise e discussão passaram depois pelo crivo e aperfeiçoamento dos “amplos espaços de conversação” referidos por H. Mariotti⁴ – no caso, o grupo de acompanhamento da tese, a comunidade de profissionais das unidades incluídas no estudo 3^{cxii}, os COPINS (COmunidade de Práticas de INvestigação em Saúde)^{cxiii}, os directores executivos e os elementos dos conselhos clínicos dos ACES^{cxiv} e líderes de opinião na área dos cuidados de saúde primários^{cxv}. Os estudos e a análise feita dos seus resultados assim como as recomendações decorrentes dessa análise

^{cxii} Que o autor desta tese integra.

^{cxiii} Comunidade de práticas dedicada à investigação em saúde de que o autor desta tese foi fundador.

^{cxiv} No âmbito de acções de formação integrados no programa PACES

^{cxv} Ver agradecimentos.

beneficiaram, portanto, da intergeração de ideias entre pessoas com experiências e visões diversas, tendo-se tentado alcançar um entendimento mais integrador e virado para o mundo real e para as práticas relevantes dos centros de saúde.

As considerações metodológicas apresentadas em cada estudo permitem assegurar que os resultados destes estudos são válidos e a generalização dos resultados possível.

II. Construiu-se um instrumento adequado para medir a satisfação no trabalho dos médicos de família

Temos como um primeiro resultado a comprovação de que o instrumento construído e utilizado nesta tese está adequado para medir a satisfação no trabalho dos médicos de família portugueses, estando comprovadas a sua validade e fiabilidade. Acresce dizer, ainda, que é um instrumento apropriado para a monitorização frequente da satisfação dadas as suas fáceis aplicação e análise decorrentes das aplicações informáticas que a ele foram acopladas: sítio na Internet de resposta e aplicação Statis para a geração automática de relatórios (ver anexo 6).

Para além da sua utilização regular desde o ano 2000 no CS de Cascais, este instrumento de medida já foi aplicado em dois ACES a todos os profissionais que o constituem durante os anos de 2009 e 2010.

III. O processo de investigação-acção proposto conseguiu produzir mudanças na prática e levar à teorização de modelos de abordagem da satisfação no trabalho que foram considerados inovações e têm sido utilizados nas unidades estudadas e em outras

O Pentágono da Qualidade foi identificado como uma inovação no Banco de Inovação em Saúde (uma base de dados online que pretende divulgar projectos inovadores em saúde e que resulta de parceria entre a Associação Europeia de Saúde Pública, a Associação Portuguesa para a Promoção da Saúde Pública, a Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, a Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa e o Ministério da Saúde). Foi ainda referido no 1º relatório do Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários de Fevereiro 2009 e integrou o programa de formação para as direcções executivas e clínicas dos ACES PACES I e II e a formação Pragir mas dirigida para os profissionais do terreno.

O Pentágono da Qualidade, os modelos que o precederam e os instrumentos de medida para eles desenvolvidos foram utilizados no CS de Cascais, ao longo de doze anos, desde o início da actividade do seu Núcleo da Qualidade, tendo contribuído para a evolução que o estudo 3 evidenciou:

- melhoria muito acentuada da qualidade organizacional no CS e na USF Marginal ao longo do tempo;
- melhoria da satisfação dos utentes da USF Marginal entre 2007 e 2009;
- melhoria da satisfação no trabalho no CS de Cascais de 2000 para 2007.

É de referir ainda que, com base na sua utilização pelo autor ao longo dos anos, o Pentágono da Qualidade:

- é de utilização viável em estruturas como um CS ou uma USF – tem sido utilizado ao longo dos anos na USF Marginal e produzido resultados que têm sido valorizados pela coordenação e conselho técnico da unidade, sendo referenciados nos relatórios oficiais da unidade;
- permite a identificação de áreas de melhoria e criar um enquadramento para a sua concretização;

- tem uma série de instrumentos acoplados de fácil aplicação e análise e que têm sido considerados úteis nas suas áreas de aplicação - MoniQuOr, questionário de ST, bateria de questões de identificação de áreas de satisfação e de insatisfação dos utentes com os médicos de família e com a unidade de saúde, procedimentos para análise de reclamações, sugestões e elogios, procedimentos para identificação e análise de não-conformidades;
- é um modelo de fácil apreensão e que pode ser transmitido numa sessão de formação presencial de quatro horas.

Para além da sua utilização regular desde o ano 2000 no CS de Cascais, o questionário de satisfação no trabalho já foi aplicado em dois outros ACES a todos os profissionais que os constituem durante os anos de 2009 e 2010.

O Pentágono da Qualidade pode, portanto, ser considerado uma inovação nos cuidados de saúde primários e ser considerado para aplicação em outros ACES.

7.2 Cristalização do significado dos resultados dos estudos da tese e da revisão bibliográfica

Este capítulo é dedicado à cristalização do significado dos resultados dos estudos da tese e da revisão bibliográfica (ver secção 2.2).

Na cristalização tenta-se reconciliar resultados de investigação com distintas assunções de base, modos de abordagem e epistemologias, enfatizando-se contextos em que múltiplas verdades podem ser simultaneamente relevantes e procurando-se a construção

de um quadro rico em que diferentes contributos são reconhecidos como partes de um conjunto complexo¹.

Sumariando, temos duas grandes áreas de discussão:

A – Como é a satisfação no trabalho dos médicos de família dos centros de saúde portugueses e como varia

B – A importância da satisfação no trabalho dos médicos de família dos centros de saúde portugueses.

Área A – Como é a satisfação no trabalho dos médicos de família dos centros de saúde portugueses e como varia

Na área A - como é a satisfação no trabalho dos médicos de família dos centros de saúde portugueses e como varia - evidenciam-se cinco conclusões:

I - a satisfação no trabalho dos médicos de família é um conceito multidimensional e sensível a variáveis individuais e contextuais;

II - o nível médio de satisfação no trabalho dos médicos de família a exercer nos centros de saúde é relativamente baixo mas varia de centro para centro, pesando mais no sentido da satisfação as dimensões intrínsecas e no da insatisfação as dimensões extrínsecas;

III - existe um conjunto de variáveis contextuais que estão associadas à satisfação no trabalho dos médicos de família que interessa conhecer, recolher e analisar de um modo sistemático;

IV - a reforma dos cuidados de saúde primários 2005-... é considerada uma boa solução para muitos dos problemas que interferem com a satisfação no trabalho dos médicos de família;

V - o sistema de saúde necessita de reforçar a orientação para os cuidados de saúde primários.

I A satisfação no trabalho dos médicos de família é um conceito multidimensional e sensível a variáveis individuais e contextuais.

Um dos resultados desta tese é a verificação de que a satisfação no trabalho dos médicos de família é um conceito multidimensional^{a,b}, com dimensões intrínsecas e extrínsecas à actividade^a, e sensível a variáveis individuais e contextuais^b. As seis grandes dimensões detectadas correspondem aos seis factores identificados, no processo de construção e adequação do instrumento de medida da ST dos médicos de família dos CS portugueses^a:

Factor 1 - Pressão e exigência no trabalho

Factor 2 - Condições para o exercício profissional

Factor 3 - Interesse do trabalho

Factor 4 - Adequação para o trabalho

Factor 5 - Recompensa pelo trabalho efectuado

Factor 6 - Ambiente de trabalho e autonomia.

Estes factores foram identificados por análise factorial^a a partir das respostas da população-alvo, representando, portanto, o modo como esta população pensa, organiza, hierarquiza as variáveis da problemática em causa^{a5,6,7,8}. O critério mais forte para perceber se a análise factorial faz sentido é a interpretação, à luz dos conhecimentos existentes, da congregação das questões nos diferentes factores. Essa demonstração foi feita no estudo 1^a a partir dos outros estudos desta tese^{b,c,e} e da revisão bibliográfica efectuada na secção 2.

Assim, a satisfação no trabalho dos MF portugueses pode ser medida atendendo a factores intrínsecos à actividade - à sua especificidade, ao que a distingue das outras profissões - e a factores extrínsecos a esta - contextuais, que actuam nela, bem como noutras

actividades no mesmo âmbito, não sendo nem específicos nem exclusivos . Há ainda um factor que se pode considerar fronteira entre estes dois tipos, mais próximo dos factores intrínsecos porque integra tanto a autonomia, que depende de características da própria actividade mas também do contexto, especialmente, das chefias e colegas, como as relações com esses colegas e chefias, que são contextuais mas que estão embebidas da essência da actividade. Para efeitos desta discussão e conclusões, considera-se este factor – factor 6- em conjunto com os intrínsecos. É ainda de referir que um dos estudos portugueses⁹ na área assim como internacionais¹⁰ apresenta uma divisão idêntica de factores da ST do MF em intrínsecos e extrínsecos.

Os factores intrínsecos, nesta tese, compreendem:

- o factor 3 - interesse do trabalho, e
- o factor 4 - adequação para o trabalho

O factor-fronteira é:

- o factor 6 - ambiente de trabalho e autonomia.

Os factores extrínsecos integram:

- o factor 1 - pressão e exigência no trabalho,
- o factor 2 - condições para o exercício profissional e
- o factor 5 - recompensa pelo trabalho efectuado.

Das 22 questões do questionário utilizado, os factores extrínsecos têm onze questões, os intrínsecos oito, e o factor-fronteira três.

Recuperando a organização do enquadramento teórico em capital humano, organizações e capital social^{cxvi}, realizado na secção

^{cxvi} Na introdução do capítulo 2, escreveu-se “A lógica desta estruturação é a seguinte: o trabalho surge de uma relação entre uma pessoa, com o seu capital humano, e uma organização; essa relação é potenciada pelo capital social desenvolvido e pode encontrar tradução na motivação e satisfação no trabalho.

2, e a discussão nesta secção, podemos fazer a seguinte correspondência:

factores intrínsecos -- capital humano

factor-fronteira -- capital social.

factores extrínsecos -- organizações.

Esta constatação reforça a validade do questionário, demonstrando que o questionário construído e utilizado nesta tese mede as dimensões importantes do trabalho.

Analisando agora cada factor destas três dimensões:

Os factores intrínsecos

O *factor 3 - interesse do trabalho*^{cxvii} deriva da variedade do trabalho, da oportunidade de evoluir, do interesse inerente da actividade e do reconhecimento exterior^a.

Nas análises bivariadas^{cxviii} efectuadas^b, o factor 3 surge negativamente correlacionado com o número de utentes sem médico atribuído por utente inscrito no CS, e positivamente com a auto-percepção do estado de saúde e as expectativas actuais quanto à carreira de medicina geral e familiar.

Nos modelos de regressão^b, a satisfação com o interesse do trabalho está associada a duas características individuais dos MF e a uma característica contextual. Surgem, na equação obtida, a auto-percepção do estado de saúde, as expectativas actuais quanto à carreira de medicina geral e familiar e o número de médicos de

^{cxvii} O Factor 3 integra as questões: 1- Sinto que o meu trabalho nunca é o mesmo todos os dias; 7 - Tenho oportunidade de aprender coisas novas; 8 - Tenho interesse pelas coisas que faço; 9 - O meu trabalho é reconhecido.

^{cxviii} Considerou-se útil considerar as análises bivariadas em conjunto com os modelos de regressão porque as primeiras foram calculadas a partir da base de dados dos 290 médicos de família e os segundos a partir da base de dados dos 23 centros de saúde (ver secção 6.2).

família no centro de saúde, todas relacionadas positivamente com o factor 3.^{cxix}

As variáveis auto-percepção do estado de saúde e expectativas actuais quanto à carreira de medicina geral e familiar, dado estarem associadas à maioria dos factores, terão uma discussão individualizada, não sendo referidas na discussão de cada factor, mas apenas quando existe algum aspecto muito específico na relação destas variáveis com os factores.

Voltando à discussão do factor 3, é, portanto, importante para uma maior satisfação na área do interesse pelo trabalho um número de MF considerado suficiente no CS, evitando o isolamento e promovendo rácios de utentes/MF adequados a um exercício da profissão com qualidade^e. É igualmente relevante, para o interesse do trabalho e para a gestão da unidade de saúde, que não existam muito utentes sem médico de família .

“[Os utentes sem médico de família são] uma chaga ... Num CS, quanto maior for o número, mais difícil é a gestão” como colocava um dos médicos de família num dos focus group^e , porque, ao desviar os MF da sua lista de utentes não permite que o perfil do médico de família se possa exprimir em todas as suas vertentes^e, deixando áreas de cuidados desguarnecidas e perturbando toda a actividade do CS^e. No entanto, nesses mesmos estudos qualitativos emergiu que satisfação dos MF não é plena se não se aliar a resolução dos problemas dos utentes da sua lista à dos problemas da comunidade que servem (nomeadamente os utentes sem médico de família)^e. Contudo, o problema dos utentes sem médico de família terá de ser resolvido sem recurso aos MF, que cuidam das suas listas de utentes a quem estão ligados longitudinalmente ao longo do tempo, uma

^{cxix} A auto-percepção do estado de saúde e as expectativas em relação à carreira serão tratadas separadamente e não em cada factor.

característica distintiva da medicina geral e familiar. A solução encontrada nas USF, de certo modo, blinda contratualmente as listas de utentes dos MF desobrigando-os de prestar cuidados a utentes fora da lista de utentes da USF, nomeadamente a utentes sem MF atribuído, permitindo a focagem nos utentes da USF e em todo o leque de cuidados da MF. A resolução do problema dos utentes sem MF seria feita, entre outras medidas (contratação de tarefeiros, etc), pelo aumento do número de utentes em cada lista de MF nas USF, até ao limite que ainda garante a qualidade dos cuidados, estabelecido contratualmente. Esse aumento das listas era tornado possível pela melhoria das condições de trabalho nas USF. Atendendo ao estudo comparativo da satisfação no trabalho nos vários tipos de unidades do CS no estudo 3^d, onde os MF da USF têm uma satisfação na área do interesse do trabalho muito superior aos das outras unidades (4,31 na USF, numa escala de 1 a 5, contra pontuações de 3,25 a 3,79 nas outras unidades), o modelo das USF parece ser, de facto, uma boa solução.

Outras duas associações estatísticas que interessa discutir em relação ao interesse pelo trabalho são a menor satisfação dos médicos de família que exercem clínica privada comparativamente aos que não o fazem^b, bem como a maior satisfação de médicos de família que são chefes de serviço comparativamente aos consultores^b. Pode-se considerar que os médicos que exercem clínica privada farão uma comparação desfavorável para o CS entre o trabalho que exercem dentro e fora deste, o que poderá ser explicado por estarem obrigatoriamente no regime de 35 horas e, por isso, prestarem maioritariamente, cuidados directos aos utentes, não se envolvendo em outras actividades do CS; o inverso se pode passar com os chefes de serviço, lugar mais alto na hierarquia técnica da carreira, quando comparados com os consultores, tendo os primeiros mais oportunidade para ocuparem lugares com maior capacidade de

decisão, responsabilidade e com tarefas mais diversificadas. Portanto, o interesse do trabalho também se poderá relacionar com a possibilidade de uma maior diversidade de tarefas (aliás uma das questões neste factor relaciona-se com a diversidade).

Continuando com o contributo dos estudos qualitativos para a compreensão do interesse do trabalho dos médicos de família, realça-se que a satisfação no trabalho dos MF depende da satisfação dos utentes e de estes verem os seus problemas resolvidos^e (ver mais à frente), mas saindo também o alerta de que essa relação profissional de saúde-utente se tem deteriorado recentemente^e. Essa deterioração exprime-se no aumento das reclamações^e, que os MF consideram muitas vezes ofensivas mas que aceitam desde que fundamentadas, correctas, não insultuosas e integradas em sistemas de melhoria contínua.^e As razões encontram-se, na opinião dos médicos, no clima actual de maior exigência em todos os aspectos da vida social mas também na diminuição do reconhecimento do trabalho dos médicos de família por parte dos utentes^{c,e} e nos meios de comunicação social, que transmitem uma ideia desfavorável dos médicos^c. Já os utentes consideram outras causas para essa deterioração, nomeadamente que pouco investimento dos profissionais de saúde nas dimensões interpessoais^e e alguma falta de atenção e respeito por parte dos profissionais, por ex. no incumprimento dos horários^e.

Os médicos de família consideram-se ainda desgastados pelas tarefas consideradas administrativas e burocráticas, como emissão de atestados ou declarações, advogando mudanças, por exemplo nos modelos de certificação de incapacidade temporária ou as situações de isenção de taxas moderadoras^e. Os MF também são críticos em relação ao seguimento de recomendações de outros médicos,^e particularmente se as atitudes dos utentes indiciam falta de respeito pelos respectivos deveres ou exacerbação dos seus direitos^e, incluindo

o consumo de actos médicos percepcionado como excessivo^e. Para estas áreas, os MF consideram necessárias estratégias de sensibilização dos utentes, no sentido de se controlar o consumo de actos médicos, fomentar a educação para a saúde e humanização dos serviços, promovendo maior participação da comunidade nomeadamente através da de corpos de voluntários^e.

Continuando nas sugestões de melhoria, os utentes consideram que deve existir mais formação para desenvolver melhores competências interpessoais nos profissionais de saúde^e. Os médicos de família avançam com a promoção do trabalho em equipa, definido como o melhor modelo de trabalho,^e em equipas estáveis com médicos, enfermeiros e secretários clínicos^e e a generalização do modelo das USF^e; considera-se mesmo que o modelo das USF beneficia o relacionamento entre utentes e profissionais, por existir melhor definição dos papéis e maior interiorização de direitos e deveres de parte a parte, com ganhos para todos, para além de promover uma “nova disponibilidade” dos MF para o CS e para os utentes^e. Outras sugestões passam por melhores modelos de progressão na carreira, mais e melhor informação de retorno em relação ao trabalho realizado, criação e implementação de normas para a prática clínica ou o fomento da investigação nos centros de saúde^{c,e}.

O **factor 4 - adequação para o trabalho**^{cxx} refere-se à satisfação com quatro áreas do trabalho dos MF: sensação de capacitação para o seu trabalho, convicção que conseguem realizar o trabalho que têm de fazer, saber o que se espera deles no trabalho e lidar bem com a competitividade no trabalho.

^{cxx} Este factor integra quatro questões: 18- Encontro-me capacitado para o meu trabalho; 17- Dou conta do trabalho que tenho de realizar; 16- Sei o que se espera de mim no trabalho; 20-No trabalho, a competitividade não constitui problema para mim.

Nos estudos qualitativos, foi dito que o desempenho, em termos globais, deveria ser melhorado (fazendo-se referência também à necessidade de programas de avaliação do desempenho), sendo necessárias, igualmente, medidas para aumentar a motivação no trabalho^c. Uma estratégia avançada pelos MF são programas de formação que deveriam ser mais, mais adequados e mais sensíveis às necessidades de profissionais e dos serviços.^{c,e}

Nas análises bivariadas, os médicos de família que não têm clínica privada estão menos satisfeitos do que os que a têm neste factor da adequação para o trabalho, ainda que ambos com pontuações positivas. Uma explicação possível é que os médicos que fazem privada têm muitas vezes uma prática mais isolada e, logo, têm de estar mais preparados para essa circunstância dando-lhes uma sensação de maior adequação para o trabalho. Por outro lado, são profissionais habituados a ambientes mais competitivos. Nas fontes de stress referidas há duas que podem, também, interessar na discussão deste factor: os elevados níveis de responsabilidade e o receio de cometer erros^c.

Nos modelos de regressão, a satisfação com a adequação para o trabalho está associada a duas características individuais dos MF e a uma característica contextual. Surge associada positivamente:

- à auto-percepção do estado de saúde – é necessário um bom estado de saúde para se poder responder às exigências do trabalho e se sentir adequado, e
- às expectativas actuais quanto à carreira de MGF – quando não há adequação ao trabalho, dificilmente se terão boas expectativas para o futuro, o que, por sua vez, diminui a motivação para a actualização permanente, limitando as competências para fazer face ao trabalho.

e negativamente

- à percentagem de edifícios do centro de saúde com instalações degradadas – sem instalações apropriadas, a adequação ao trabalho é mais difícil.

Sumariando, para mais satisfação na adequação ao trabalho são necessários bom desempenho, motivação e enquadramento que favoreça a expressão desse desempenho e dessa motivação, assim como programas de formação que promovam o desenvolvimento das competências certas para trabalho que tem de ser feito.

Factor de fronteira entre as dimensões intrínsecas e as extrínsecas

O *factor 6 - ambiente de trabalho e autonomia*^{cxxi} incorpora as relações interpessoais com colegas e chefias e ainda a questão relativa à autonomia, sendo um dos factores mais interessantes. Como referido anteriormente, esta organização em factores deriva da análise factorial, espelhando os padrões de resposta dos MF ao questionário e, logo, o modo como pensam e avaliam as várias dimensões da satisfação no trabalho. Se estas três questões surgem juntas, uma interpretação possível é que neste grupo de profissionais a autonomia seja percebida como em estreita relação com o grau de liberdade que colegas e chefias possibilitam, mais do que determinada por factores organizacionais ou disposições legais.

Vale a pena analisar em maior profundidade o que foi dito sobre a autonomia nos estudos qualitativos. Foi referido que os MF prezam, acima de tudo, a autonomia no desempenho do seu trabalho mas o que existe é uma baixa autonomia dos CS em todos os domínios^e, causadora de stresse, uma diminuta participação dos profissionais nas decisões sobre o funcionamento dos CS (salientando-se a importância das reuniões internas para aumentar essa participação)^e e uma

^{cxxi} Este factor integra três questões: 10-A relação com as chefias é cordial (existe um bom relacionamento); 11-A relação com os colegas é cordial (existe um bom relacionamento); 6- Tenho autonomia para organizar o meu trabalho.

gestão considerada “*controladora*”. É advogado o aumento da autonomia dos médicos de família com descentralização das decisões e aumento da participação e responsabilização dos profissionais na gestão das unidades.

Em relação às chefias, surgiram críticas por má relação com os subordinados^c, com reduzido reconhecimento do trabalho^c, pouca transparência no relacionamento com os diferentes profissionais^c, pouco apoio no caso de problemas^c e falta de capacidade para os motivar^c, levando a falta de confiança ^c. As melhorias passariam por aperfeiçoamento da liderança, selecção das chefias por projecto^e ou passavam por escolha mediante progressão na carreira ou rotatividade e aposta no fomento das relações com os profissionais^c. No mesmo sentido foi salientada a importância das chefias intermédias na gestão dos CS e na motivação dos seus profissionais, sobretudo através do reconhecimento do seu trabalho e do diálogo^e.

Um outro resultado importante foi a consideração da supervisão e da avaliação do desempenho como podendo ser úteis, sendo até referida como fundamental para salvaguarda de procedimentos instituídos e para evitar perpetuação de erros^e. A supervisão e a avaliação do desempenho no seu trabalho seria bem aceite pelos MF com chefias escolhidas pelos seus projectos, prestígio e competência^e e se alicerçadas em modelos adequados, não centrados na “caça ao erro” e na formação necessária dos avaliadores^e. Contudo a implementação de programas de avaliação (ex. a avaliação do desempenho SIADAP na área administrativa) foi essencialmente mais uma fonte de stresse^c do que um instrumento útil para o desenvolvimento dos serviços nas condições em que tem sido realizada nos CS, com fracos sistemas de suporte e de supervisão.

Nos modelos de regressão^b, a satisfação com este *factor 6 – ambiente de trabalho e autonomia* surge associada apenas a

características individuais dos médicos (três). Está associada positivamente:

- ao número de anos de actividade profissional no mesmo centro de saúde (mais tempo no mesmo local de trabalho, mais possibilidades de estabelecer relações interpessoais profissionais ou outras),
- à auto-percepção do estado de saúde (a saúde pode diminuir a capacidade no estabelecimento e manutenção de relações interpessoais no trabalho e diminuir a autonomia para se fazer o trabalho que tem de ser feito, podendo gerar conflitos)

e associada negativamente:

- ao número de anos de exercício na profissão de médico (quanto mais tempo na profissão, mais desgaste e mais eventuais conflitos; por outro lado, quanto mais tempo na profissão, menos tolerância a um nível de autonomia não alinhado com a experiência acumulada – e o contexto avaliado neste estudo é de centros de saúde de 2ª geração, organizações com um nível de autonomia funcional pouco dilatado).

Factores extrínsecos

O *factor 1 - pressão e exigência no trabalho*^{cxxii} integra questões sobre o cansaço relacionado com o trabalho, a frequência da necessidade de se aplicar a fundo no trabalho, a capacidade de se desligar do trabalho quando em casa, a pressão do tempo e a frequência com que o trabalho altera negativamente o ânimo do trabalhador.

^{cxxii} O factor 1 integra cinco questões: 2- No final de um dia de trabalho não me sinto cansado(a); 4 - Poucas vezes tenho que me aplicar a fundo no trabalho, 3- Em casa, desligo-me facilmente do trabalho, 15- Não me sinto muito pressionado(a) pelo factor tempo e 5- Poucas vezes o trabalho altera negativamente o meu ânimo.

Registou-se um aumento do nível de exigência em relação ao trabalho dos MF por todas as partes envolvidas:

- dos utentes - o que causa sentimentos mistos nos profissionais de saúde; por um lado é bem-vindo, por outro cria uma pressão referida como sendo, por vezes, insuportável^{c,e};
- da hierarquia^e sem haver uma contrapartida com melhor organização do trabalho; são referidas a desorganização, as interrupções constantes como diz um dos MF o “bulício no centro de saúde”^c,
- pela complexificação do acto médico^e;
- pelo surgimento de novas áreas para os CSP ou maior relevância de outras já existentes (saúde mental, prevenção da doença / promoção da saúde) – *“o utente, quando não consegue resposta noutro sítio, vem sempre ter com o médico de família”* como dizia um dos participantes nos *focus group*; também foi referido que se considera que a medicina geral e familiar é para onde é passado tudo o que outros profissionais não querem fazer^e.

Toda esta situação condiciona pressão de tempo excessiva, que é percebida como uma fonte importante de stresse^{c,e}. Foi defendida a diminuição da carga de trabalho em termos de consultas (quer de utentes em lista quer por dia de trabalho) e formas de redução do acesso dos utentes à consulta (considerado demasiado fácil por levar a abusos), nomeadamente por taxas moderadoras mais adequadas ^c.

A satisfação com a pressão e exigência do trabalho não é sentida por todos do mesmo modo. Pelas análises bivariadas, verificou-se que as médicas de família têm menor satisfação na dimensão da pressão e exigência no trabalho do que os médicos de família do sexo masculino, estando ambos abaixo do ponto médio, em possível relação com maiores conflitos vida profissional/vida pessoal.

Verificou-se, ainda, que os MF que não têm clínica privada estão menos satisfeitos do que os que a têm, ainda que ambos negativos (abaixo de 3 na escala de 1 a 5), o que pode ser explicado por diferenças nas outras actividades do centro de saúde para além dos cuidados directos aos utentes, maioritariamente a cargo dos MF que têm exclusividade de funções e, logo, sem actividade clínica privada.

Os MF que são chefes de serviço estão mais satisfeitos com a pressão no trabalho do que os que são consultores o que pode ter explicação no aumento da experiência na abordagem do que tem de ser feito.

Nos modelos de regressão^b, a satisfação com a pressão e exigência no trabalho está associada a uma característica individual dos MF e a três características contextuais. A equação obtida revela uma associação positiva com:

- a auto-percepção do estado de saúde (numa relação que poderá ser circular: pressão e stresse pode causar doença, doença pode causar menor capacidade para se adaptar à pressão) e
- com a percentagem de médicos de família que são chefes de serviço a exercer no centro de saúde (que já surgiu nas análises bivariadas^b e que pode traduzir um aumento de experiência e competência que pode ter um efeito na diminuição do stresse associado à prática da medicina geral e familiar do próprio e no grupo de MF do CS que integra),
- e negativa com
- o número de utentes inscritos (uma medida da carga de trabalho dado, por ex., ampliar a pressão nos serviços de urgência dos centros de saúde em que todos os médicos têm, em princípio, de participar – mais utentes, serviços mais pesados - ou, mais provavelmente, por ser uma medida da dimensão do centro de saúde, parecendo que centros de saúde maiores

desencadeiam mais pressão nos médicos como se verificou nas análises bivariadas^b e nos *focus group*^e) e

- a percentagem de edifícios do centro de saúde com má organização dos espaços (salientando-se a importância da arquitectura interior dos centros de saúde).
-

O **factor 2 - condições para o exercício profissional**^{cxiii} refere-se às condições físicas do local de trabalho mas também a outras condições consideradas relevantes para o exercício profissional assim como ao acesso a recursos para o trabalho^a.

Nos *focus group* realizados, considerou-se que a situação de satisfação no trabalho dos MF variava de local para local em função das condições que são disponibilizadas para o exercício profissional e não do que é intrínseco e nuclear à profissão^e; considerou-se, igualmente, que não é uma área em particular que provoca este estado de satisfação no trabalho, mas uma conjugação de situações^e. O estudo 3^d reforçou esta conclusão ao verificar que valores mais baixos de qualidade organizacional acompanham valores mais baixos de satisfação no trabalho. Parece, igualmente e como se pode depreender pelas análises bivariadas^b efectuadas, poderem existir condições relacionadas com políticas regionais - os médicos da sub-região de saúde de Setúbal estavam mais satisfeitos com as condições para o exercício profissional do que os de Lisboa^b – e também condições relacionadas com aspectos mais pontuais - o número de enfermeiros por médico de família mas também a percentagem de edifícios do centro de saúde que foram construídos para serem unidades de saúde de origem, com instalações

^{cxiii} O factor 2 integra as seguintes três questões: 21- O meu gabinete tem as condições físicas suficientes para o meu trabalho; 22- No meu Centro de Saúde existem condições para um bom exercício da minha profissão; 19- Tenho acesso a recursos suficientes para o meu trabalho.

degradadas (estas duas surgiram igualmente nos modelos de regressão), com salas de espera inadequadas, com má organização dos espaços ou com má higiene^b. As instalações e equipamentos foram referência frequente como fonte de stresse ou áreas a mudar^{c,e}:

- défice de tecnologia adequada nos CS,
- poucos recursos técnicos e a sua fraca qualidade, nomeadamente na área de diagnóstico e terapêutica,
- insuficiente apoio informático na área clínica,
- limitações do equipamento de atendimento telefónico,
- a necessidade de melhoria da organização interior do centro de saúde, nomeadamente no que se refere ao circuito do utente, privacidade dos consultórios e espaços de convívio dos profissionais,
- a degradação e falta de adequação do edifício,
- a falta de conforto das instalações quanto à temperatura, humidade e ruído.

Em suma, as condições trabalho no seu geral deveriam ser melhoradas^e. Uma referência surge quer nas áreas que deveriam ser mudadas na opinião dos MF^c quer nas fontes de stresse^c, quer nos *focus group*^e, nas análises bivariadas^b (com a *questão 21 - O meu Centro de Saúde tem as condições físicas suficientes para o meu trabalho*, pertencente a este factor, e com a *questão 8 - Tenho interesse pelas coisas que faço*) e nos modelos de regressão^b (ainda que não neste factor mas no modelo relativo ao vencimento) que é o rácio entre MF e gabinetes de consulta - quanto mais MF por gabinete menor a satisfação – colocando esta característica com uma prioridade elevada na construção de novos CS.

Como resumo, nos modelos de regressão a satisfação com as condições para o exercício profissional está associada a uma característica individual - a auto-percepção do estado de saúde (positivamente) - dos MF e a duas características contextuais -

percentagem de edifícios do centro de saúde que foram construídos para serem unidades de saúde de origem (positivamente) e percentagem de edifícios do centro de saúde com instalações degradadas (negativamente). De salientar a apreciação destas características dos edifícios ter sido efectuada por uma comissão da Ordem dos Médicos de acordo com uma *check-list* e não pelos próprios médicos, dando um cariz de maior objectividade a esta avaliação.

A par da importância que têm as condições físicas do local de trabalho, outras características surgem relevantes como a necessidade de rácios adequados de profissionais de saúde entre eles e entre estes e utentes, como se pode depreender das análises bivariadas efectuadas^b e nos estudos qualitativos^{c,e} com várias referências a esta área. Estas referências vão desde a escassez de recursos humanos nos CS - problema de difícil resolução por não existirem MF suficientes no mercado de trabalho^{c,e} – a uma gestão dos recursos humanos considerada deficitária^c que conduz a utentes sem médico de família atribuído, a instabilidade das equipas ao longo do tempo^e, a inadequados rácios profissionais de saúde/utentes e entre grupos profissionais (foi explanada, por ex., a vantagem da existência de um secretário clínico por cada médico^c e o rácio MF/ enfermeiro surgiu igualmente nas análises bivariadas e modelos de regressão de outros factores^b).

As críticas nesta área incluíram também aspectos organizacionais, como a ausência de um planeamento adequado para o centro de saúde ou a necessidade de reorganização geral ou sectorial do CS, no sistema de marcação de consultas, no atendimento aos utentes e no apoio administrativo^c. Outra área a mudar eram os horários, que deveriam ser mais flexíveis.

A má articulação com os serviços hospitalares, sobretudo no encaminhamento de doentes para consultas de especialidades hospitalares^c e falta de apoio dos outros níveis de cuidados^e também foram também referidos, lembrando que a melhoria também tem de acontecer fora dos CSP.

Uma última menção vai para a dimensão, considerada demasiado grande, da maioria dos CS^e dando sustentação à opção das USF, unidades de menores dimensão (no máximo 18.000 utentes contra uma dimensão que poderia ultrapassar os 150.000 nos centros de saúde de 2ª geração – ver secção 3). Aliás, a percepção que emergiu dos *focus group*^e é que nas USF, os MF são os mesmos e que a sua qualidade técnico-científica é a mesma que nos CS tradicionais, mudando contudo as condições de exercício, promotoras de maior qualidade.

O **factor 5 - recompensa pelo trabalho efectuado**^{cxiv} agrega três questões relacionadas com a adequação do salário, com a percepção de ocupar o posto que acham que merecem e a possibilidade de promoções.

Neste factor, existem diferenças na satisfação no trabalho de acordo com as características dos médicos de família^b. As médicas de família têm uma pontuação maior, logo maior satisfação, neste factor do que os médicos de família, ainda que, novamente, os dois abaixo do ponto médio. Por seu lado, os médicos de família que exercem clínica privada estão menos satisfeitos com a recompensa pelo trabalho dos que a não exercem. A explicação está provavelmente no facto de que para se poder exercer clínica privada tem de se estar no regime de trabalho de 35 horas sem exclusividade, regime que

^{cxiv} O factor 5 tem três questões: 13- Ocupo o posto que mereço, 12- O salário é adequado, 14- Tenho possibilidades de promoção.

proporciona vencimento muito inferior ao que é auferido no regime de 42 horas e exclusividade. Aliás, os médicos a trabalhar no regime de 42 horas com exclusividade estão mais satisfeitos com a recompensa pelo seu trabalho do que os que estão a trabalhar em 35 horas. Os médicos de família que são chefes de serviço estão, também, mais satisfeitos no trabalho no que se refere à recompensa pelo trabalho do que consultores e clínicos gerais e a razão deve residir novamente no diferencial de vencimento associado ao topo da carreira – chefe de serviço – em relação aos restantes.

Para este factor não foi possível encontrar modelos de regressão e isso é um resultado em si mesmo. A variabilidade deverá ser grande, resultado de diferenças pessoais, organizacionais, factor que aparece associado com mais variáveis nas análises bivariadas, mas também circunstanciais, dificultando a obtenção de modelos com as variáveis disponíveis, essencialmente demográficas e organizacionais. Ainda assim, tentou-se construir um modelo com a questão individual *questão 12 - o salário é adequado*, que, no entanto, não cumpria todos os requisitos. É um modelo que vai ser, mesmo assim, analisado dado o potencial interesse da área, com uma fórmula mais extensa, que reforça a ideia de que há muitas dimensões a considerar. Deverá contudo ser considerado indicativo do caminho a seguir para se obter um modelo mais válido. ,

A satisfação com a adequação do salário está associada a três características individuais dos médicos e outras quatro contextuais.

No que se refere às características individuais, a satisfação com a adequação do salário aumenta com:

- o aumento da percentagem de médicos de família a trabalhar no centro de saúde que obtiveram o título de especialista pela via do internato complementar (aqui a explicação pode estar numa satisfação mais intrínseca dos MF que se formaram via

internato e que, portanto, fica menos dependente da remuneração);

- o aumento do número de anos a exercer no mesmo centro de saúde (se se está há muitos anos no mesmo centro de saúde, a vida profissional e pessoal está mais adaptada à situação, diminuindo o sentimento de que o esforço deve ser mais recompensado) e
- o aumento da percentagem de médicos de família com regime de trabalho de 42 horas em exclusividade (este regime de trabalho é o que está associado a uma remuneração muito mais alta do que nos outros regimes mesmo que por mais horas de trabalho e a troco de exclusividade).

Quanto às características contextuais, a satisfação com a adequação do salário diminui com:

- o aumento do número de médicos de família por gabinete de consulta (o stress associado à necessidade de partilhar um gabinete com outros médicos com tudo o que implica de não poder gerir o horário de trabalho e de preocupação para não interferir com o trabalho dos colegas pode levar a que se queira uma remuneração mais alta a título de compensação);
- o aumento do número de utentes sem médico de família atribuído (esta é uma condição que leva a que toda a estrutura do centro de saúde seja perturbada, obrigando os médicos e gestores a encontrar soluções para essas pessoas para além da actividade comumente prevista, levando a um aumento da carga de trabalho e, eventualmente, ao desejo de maior retribuição);
- a diminuição do número de utentes inscritos com médico de família atribuído por médico de família (este aparente contra-senso com o anterior pode ser explicado porque esta é a dimensão associada à carga de trabalho prevista – os utentes

com médico de família atribuído - e, logo, mais bem aceite e mais adequado às condições contratuais do que com os utentes sem médico de família atribuído, perturbando menos a satisfação no trabalho); e

- a diminuição do número de enfermeiros (como vimos, quanto mais enfermeiros, mais oportunidade de trabalho em equipa e de melhor divisão do trabalho e maiores possibilidades do médico se poder concentrar naquilo que é nuclear à profissão médica e, logo, menos trabalho avulso, mais trabalho focado no que é exclusivamente médico e, portanto, menor esforço e maior sentimento de adequação da remuneração).

Acresce ainda dizer que em relação à recompensa pelo trabalho, é de evidenciar, como demonstrado no estudo 3^d, que é possível obter níveis de satisfação no trabalho muito altos, ao longo do tempo, dentro do quadro legal existente e com a remuneração normal do MF (sem recorrer a horas extraordinárias), como acontece na USF estudada (de referir que é uma USF em modelo B – ver secção 3). Os estudos qualitativos desta tese demonstraram o que é necessário. Quer nas áreas a mudar quer nas fontes de stress há referências à necessidade de mudar o sistema remuneratório, devendo este passar a reflectir o desempenho e a responsabilidade de cada profissional, considerando-se que o sistema de salário fixo premeia a passividade^c. Nos *focus group*^e considerou-se que a remuneração é um aspecto importante, mas para ter mais valor deve ser diferenciada conforme o desempenho e promover o trabalho em equipa e a co-responsabilização pela actividade da unidade. Falou-se, ainda, de mecanismos de controlo baseados em incentivos para comportamentos muito concretos como por ex. prescrição adequada de fármacos.

Finalmente, em termos de **pontuação global**, temos que a satisfação no trabalho dos médicos de família, em termos globais, surge nos modelos de regressão associada a duas características individuais dos médicos, aumentando com o aumento do nível de saúde auto-percebido de cada médico e a apreciação que faz das expectativas em relação à carreira, perspectiva avaliativa mais global e virada para o futuro. Associa-se também a três características contextuais, aumentando com o número de enfermeiros por médico de família, o que pode traduzir, o trabalho em equipa e representar a possibilidade de o médico se concentrar no que é nuclear à profissão médica, diminuindo com o aumento da percentagem de edifícios do centro de saúde com instalações degradadas, salientando a importância das condições físicas do local de trabalho, e com aumento do número de utentes inscritos por médico de família, uma medida da carga de trabalho. Nas análises bivariadas, surge a correlação negativa com o número de utentes sem médico atribuído por utente inscrito. Nestas análises bivariadas, surge mais uma variável: quanto maior a idade média dos médicos no centro de saúde a que pertence menor é a sua satisfação no trabalho em termos globais. Por outro lado, os médicos de família que são os chefes de serviço estão mais satisfeitos no trabalho, em termos de pontuação global^b, do que os que são consultores. Aqui a explicação pode estar no facto dos chefes de serviço estarem no topo da carreira com o acréscimo de vencimento que tal acarreta e com a maior diversidade de funções que podem assumir, entre outras.

A satisfação global, a nível individual, surge correlacionada, obviamente, com os factores que a compõem mas a grandeza relativa do coeficiente de correlação dos seis factores varia^b. A correlação maior é com a satisfação com o interesse do trabalho e a mais baixa é com a adequação para o trabalho. Segue-se, a seguir à

mais alta e por ordem decrescente de grandeza, a pressão e exigência no trabalho e a recompensa pelo trabalho.

II O nível de satisfação no trabalho médio dos médicos de família a exercer nos centros de saúde é relativamente baixo mas varia de centro para centro, pesando mais no sentido da satisfação as dimensões intrínsecas e no da insatisfação as dimensões extrínsecas

A pontuação global da satisfação no trabalho obtida no estudo 2^b, que avaliou centros de saúde em 2002-2003, está apenas ligeiramente acima do ponto neutro (3,02, numa escala que vai de 1 – máxima insatisfação a 5 – máxima satisfação), denotando nem satisfação, nem insatisfação no trabalho^b, o que não se pode considerar positivo – o objectivo é estar satisfeito no trabalho. Registaram-se, ainda, resultados sem uma variação muito grande entre os 23 CS, tendo a maioria valores positivos ainda que nunca ultrapassando os 3,63. Já no que diz respeito a médicos individuais, a variação ia 4,59 a 1,82^b.

A pontuação global alcançada é resultado de pontuações negativas e positivas dos diferentes factores, mas consegue-se detectar uma regra nos resultados quando se avalia quer o total da amostra quer CS a CS: os factores intrínsecos assim como o factor-fronteira têm pontuações positivas, acima do 3, e os extrínsecos têm pontuações negativas^b.

Um dos estudos portugueses na área (com dados colhidos em 1994) obteve o mesmo tipo de resultados teve: níveis altos de ST no que era intrínseco à actividade e baixos no que era extrínseco, contextual⁹.

Existem ainda assim algumas excepções, principalmente no factor 2 relacionado com as condições para o exercício, o que revela que é possível criar condições satisfatórias para o exercício profissional. Este factor 2 é igualmente aquele em que existe uma maior dispersão dos resultados,^b realçando as grandes assimetrias entre CS que poderão estar na origem de algumas das diferenças entre os resultados da satisfação no trabalho. A questão que integra este factor que tem uma maior dispersão de resultados é a relativa às condições *físicas do CS^b*, realçando que dentro das condições para o exercício profissional são as condições físicas que mais diferem de caso para caso. Esta regra e esta excepção mantêm-se no estudo 3^d nos vários anos em que se recolheram dados no CS estudado, mas com uma evolução a partir de 2007 com a entrada em funcionamento da USF: nesta, o *factor 2 - condições para o exercício profissional* passou a ser pontuado muito positivamente assim como o *factor 5 - recompensa pelo trabalho*. Nos *focus group*, igualmente de 2007^e, avançou-se uma explicação: nas USF existe um expurgo das condições extrínsecas que são, tradicionalmente, fonte de insatisfação nos CS – têm instalações e equipamento adequados, não têm de lidar com os utentes sem médico de família e existem incentivos.

O factor com pontuação mais negativa e, portanto, indicador de menor satisfação, é o *factor 1 - pressão e exigência no trabalho* quer quando se avaliam os resultados médico a médico quer CS a CS^b. No estudo do CS de Cascais^d é novamente o *factor 1 - pressão e exigência no trabalho* o mais negativamente avaliado para três das cinco unidades (incluindo a USF) mas o *factor 2 - condições para o exercício profissional* é o mais negativo em duas das unidades. Analisando, questão a questão, aquelas que apresentam pontuações mais negativas, abaixo do 2, são todas do *factor 1 - pressão e exigência no trabalho^b*, revelando a importância do stresse na

satisfação no trabalho e a grande intensidade deste stresse na profissão do médico de família, sendo, portanto, a dimensão que necessita de uma maior atenção na gestão da actividade dos médicos de família e dos CS. O factor que desperta maior satisfação é o factor 4 – adequação para o trabalho novamente, quer quando se avalia médico a médico quer CS a CS^b, denotando que os MF se consideram preparados para o trabalho que têm de desempenhar. Já no estudo do CS de Cascais^d este padrão mantém-se nas unidades que não são USF, mas na USF este factor é apenas o quarto mais positivo, atrás do *factor 6 – relações interpessoais e autonomia* (o mais positivo de todos), do *factor 2 - condições para o exercício profissional* e do *factor 3 - interesse do trabalho ainda que todas muito positivas* (acima de 4 numa escala de 1 a 5).

As questões com pontuações mais positivas, acima do 4, são relativas a factores intrínsecos ou relações interpessoais, reforçando a ideia de que são estas as características que mais elevam a satisfação no trabalho dos MF^b. A questão que tem menos dispersão é a 18 - *Encontro-me capacitado para o meu trabalho* (desvio-padrão 0,64)^b, denotando homogeneidade neste sentido de adequação para o trabalho dos médicos de família.

Outra dimensão que surge com importância é o efeito de grupo dos MF que trabalham no mesmo CS: existem correlações estatisticamente significativas entre a média da satisfação no trabalho do conjunto dos MF de um CS com a ST de cada um dos MF desse CS. Verificam-se correlações entre todos os factores entre si (por ex entre o factor 3 individual e o factor 3 médio de todos os MF) e estando a média da pontuação global de todos os MF correlacionada com todos os factores a nível individual de cada MF. Este dado não é de surpreender porque cada MF analisado faz parte do grupo com o qual é analisado; o que interessa aqui analisar, novamente, é a grandeza relativa. A pontuação global individual de cada MF tem

correlações positivas com a média de todos os factores do conjunto dos MF do CS mas variando a força dessa correlação conforme os factores (ver secção 6.27). Assim, a correlação mais forte surge com a satisfação com a pressão e exigência no trabalho, seguindo-se o interesse do trabalho e depois a recompensa pelo trabalho. É o mesmo conjunto de factores que quando estudado a nível individual (ver quadro 6.26) mas por uma ordem diferente; aqui conta mais a pressão e exigência no trabalho.

III Existe um conjunto de variáveis contextuais que estão associadas à satisfação no trabalho dos médicos de família que interessa conhecer, recolher e analisar de um modo sistemático

O sistema de informação em saúde em Portugal tem sido estruturado tendo como grande objectivo a componente financeira, limitando a sua utilidade para decisões de outra natureza. No entanto, um sistema de informação que forneça atempadamente a informação necessária para a tomada de decisão adequada é um aspecto crítico, quer a nível do utente na sua comunidade, como do profissional de saúde no terreno, dos gestores nas unidades de saúde, dos decisores nas administrações de saúde, dos responsáveis nos ministérios. É necessária toda uma série de princípios, de estruturas, de tecnologias mas é também fundamental saber que variáveis são as mais úteis. Esta tese pode dar algum suporte para uma decisão sobre o leque de variáveis a escolher se se quiser actuar na satisfação no trabalho dos MF. Para lá das variáveis do questionário da satisfação no trabalho, temos as variáveis com as quais aquelas mostraram ter associações estatisticamente significativas..

Quanto às variáveis presentes nos modelos de regressão linear múltipla^b em que se conseguiram modelos relativamente bem

ajustados, que explicavam uma substancial parte da variação e em que se cumpriram os critérios de normalidade dos resíduos – pontuação global da satisfação no trabalho e cinco dos seis factores (com excepção do factor 5) - temos, por ordem de frequência de introdução nos modelos e com indicação se positiva ou negativamente associada:

- autopercepção do estado de saúde (6/6 – seis presenças em seis modelos; positivamente associada);
- expectativas actuais quanto à carreira de MGF (3/6; positivamente associada);
- percentagem de edifícios do centro de saúde com instalações degradadas (3/6; negativamente associada);
- percentagem de edifícios do centro de saúde que foram construídos para serem unidades de saúde de origem (1/6; a partir daqui surgiram apenas uma vez; positivamente associada);
- percentagem de edifícios do centro de saúde com má organização dos espaços (negativamente associada);
- número de médicos de família no centro de saúde (positivamente associada);
- número de enfermeiros por médico de família (positivamente associada);
- número de utentes inscritos (negativamente associada);
- número de utentes inscritos por médico de família (negativamente associada);
- percentagem de médicos de família que são chefes de serviço a exercer no centro de saúde (positivamente associada);
- número de anos de actividade profissional no mesmo centro de saúde (positivamente associada);
- número de anos de exercício na profissão de médico (positivamente associada).

Passando, agora, para as variáveis presentes no modelo de regressão linear múltipla^b da variável relacionada com a *questão 12 - O salário é adequado* do questionário – vencimento - temos, por ordem de frequência de introdução nos modelos^{cxxv}:

- número de utentes sem médico de família atribuído (negativamente associada);
- número de médicos de família por gabinete de consulta (negativamente associada);
- número de enfermeiros (positivamente associada);
- percentagem de médicos de família a trabalhar no centro de saúde que obtiveram o título de especialista pela via do internato complementar (positivamente associada);
- número de anos de actividade profissional no mesmo centro de saúde (positivamente associada);
- número de utentes inscritos com médico de família atribuído por médico de família (positivamente associada);
- percentagem de médicos de família com regime de trabalho de 42 horas em exclusividade (positivamente associada).

Quanto às variáveis que surgiram quando se procedeu às análises bivariadas^b, temos:

- auto-percepção do estado de saúde (positivamente associada);
- expectativas em relação à carreira (positivamente associada);
- cognições dos MF para a saída da profissão, carreira e centro de saúde onde exercem (negativamente associada);
- sexo (associação mista);
- idade (associação mista);
- via de obtenção do grau de generalista (associação mista);

^{cxxv} Neste caso, é um modelo para o qual os critérios de normalidade dos resíduos não foi cumprido, devendo ser visto como indicativo dos caminhos a seguir para se encontrarem modelos explicativos mais válidos.

- exercício de outras actividades para além da prestação de cuidados de saúde (investigação, docência, coordenação de programas ou de unidade, etc; positivamente associada);
- exercício de clínica privada (associação mista);
- regime de trabalho (associação mista);
- grau na carreira (associação mista);
- número de médicos de família por gabinete de consulta (negativamente associada);
- percentagem de edifícios do centro de saúde que foram construídos para serem unidades de saúde de origem (positivamente associada);
- percentagem de edifícios do centro de saúde com instalações degradadas (negativamente associada);
- percentagem de edifícios do centro de saúde com salas de espera inadequadas (negativamente associada);
- percentagem de edifícios do centro de saúde com má organização dos espaços (negativamente associada);
- percentagem de edifícios do centro de saúde com má higiene (negativamente associada);
- número de utentes sem médico atribuído por utente inscrito (negativamente associada);
- número de enfermeiros por médico de família (positivamente associada); percentagem da despesa com genéricos prescritos em relação ao total do valor participado pelo Serviço Nacional de Saúde (positivamente associada; não foi testada nos modelos);
- percentagem de embalagens de genéricos prescritos em relação ao total (positivamente associada; não foi testada nos modelos);

- despesa com os meios complementares de diagnóstico e terapêutica pedidos por utente do centro de saúde (negativamente associada, não foi testada nos modelos);
- número dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica pedidos por utente do centro de saúde (negativamente associada; não foi testada nos modelos).

Explorando, finalmente, as variáveis do estudo 3^a decorrentes de uma análise em que não foram aplicados testes estatísticos, temos:

- as variáveis do instrumento MoniQuOr de avaliação da qualidade organizacional dos CS;
- as variáveis do questionário de identificação de áreas de satisfação e insatisfação do utente com os serviços dos CS (baseado no questionário Europep).

Apresenta-se agora um quadro complementar ao mostrado na secção 6.1.2.1.1 fazendo corresponder as áreas de análise identificadas na bibliografia como relevantes quando se avalia satisfação no trabalho com as questões do questionário e variáveis estudadas nesta tese (e não só aquelas com as quais foram encontradas associações estatisticamente significativas como na lista imediatamente antes deste parágrafo).

Áreas identificadas na bibliografia como relevantes quando se avalia satisfação no trabalho	Questões do questionário e variáveis estudadas
<p>Gestão da organização ^{10 9} ¹¹(com mais reconhecimento e valorização do trabalho dos MF, melhores políticas de benefícios, de salários, de recursos humanos); vencimentos e sistemas remuneratórios (os quantitativos, o modo como são calculados), ^{12 13}</p>	<p>22 - No meu Centro de Saúde existem condições para um bom exercício da Clínica Geral; 7 - Tenho oportunidade de aprender coisas novas; 16 - Sei o que se espera de mim no trabalho; 12 - O salário é adequado; 6 - Tenho autonomia para organizar o meu trabalho; 9 - O meu trabalho é reconhecido; 18 - Encontro-me capacitado para o meu trabalho; 6 - Tenho autonomia para organizar o meu trabalho; 14 - Tenho possibilidades de promoção; 13 - Ocupo o posto que mereço; Qualidade organizacional; expectativas em relação à carreira.</p>
<p>Cultura organizacional (sentimento de confiança e pertença, alinhamento entre a liderança e os valores do médico, aposta na qualidade dos cuidados, ênfase na disponibilização de informação e conhecimento e coesão) ¹⁴; compatibilidade entre os objectivos dos MF e da organização ¹¹; condições físicas de trabalho (por ex. local do trabalho, equipamentos, aspectos ergonómicos) ^{13 9 15 10}; ambientes menos caóticos em termos de organização do trabalho ¹⁴ acesso, por parte dos médicos, a serviços de apoio à sua prática de alta qualidade (como fisioterapia, cuidados domiciliários, aconselhamento nutricional ¹²); segurança no emprego ¹³; menor pressão do tempo; carga de trabalho (horas de trabalho) ⁹ horário, períodos de descanso,) ¹³; cargas administrativa ou burocrática do trabalho ¹⁶; interrupções ¹⁰; descontracção no trabalho ¹¹.</p>	<p>22 - No meu Centro de Saúde existem condições para um bom exercício da Clínica Geral; 7 - Tenho oportunidade de aprender coisas novas; 16 - Sei o que se espera de mim no trabalho; 12 - O salário é adequado; 21 - O meu gabinete tem as condições físicas suficientes para a consulta; 19 - Tenho acesso a recursos suficientes para o meu trabalho; 15 - Não me sinto muito pressionado(a) pelo factor tempo; Qualidade organizacional; regime de trabalho; variáveis relacionadas com os edifícios, número de gabinetes por MF; número de outros profissionais (como os enfermeiros); número de médicos de família por gabinete de consulta; percentagem de edifícios do centro de saúde que foram construídos para serem unidades de saúde de origem; percentagem de edifícios do centro de saúde com instalações degradadas; percentagem de edifícios do centro de saúde com salas de espera inadequadas; percentagem de edifícios do centro de saúde com má organização dos espaços; percentagem de edifícios do centro de saúde com má higiene; número de utentes inscritos; número de utentes inscritos por médico de família; número de utentes sem médico de família atribuído; número de utentes inscritos com médico de família atribuído por médico de família; número de médicos de família no centro de saúde; número de enfermeiros por médico de</p>

	família.
Relações com superiores hierárquicos e gestores ¹³ ; reconhecimento do seu bom trabalho ¹⁶ .	10 - A relação com as chefias é cordial (existe um bom relacionamento); 6 - Tenho autonomia para organizar o meu trabalho; 14 - Tenho possibilidades de promoção; 13 - Ocupo o posto que mereço.
Relações e contacto com colegas no trabalho(a qualidade da relação, o apoio que prestam, a amizade que expressam ¹³ ;	11 - A relação com os colegas é cordial (existe um bom relacionamento); 20 - No trabalho, a competitividade não constitui problema para mim; 6 - Tenho autonomia para organizar o meu trabalho; 9 - O meu trabalho é reconhecido; As variáveis do questionário de identificação de áreas de satisfação e insatisfação do utente com os serviços dos CS
Variedade do trabalho; dificuldades ou exigências do trabalho ¹⁷ ; complexidade dos cuidados a prestar ¹⁰ ; dificuldades ou exigências do trabalho ⁹ ; carga de trabalho (horas de trabalho) ¹⁵	4 - Poucas vezes tenho que me aplicar a fundo no trabalho; 2 - No final de um dia de trabalho não me sinto cansado(a); 15 - Não me sinto muito pressionado(a) pelo factor tempo; 7 - Tenho oportunidade de aprender coisas novas; 8 - Tenho interesse pelas coisas que faço; 17 - Dou conta do trabalho que tenho de realizar; 18 - Encontro-me capacitado para o meu trabalho; 1 - Sinto que o meu trabalho nunca é o mesmo todos os dias; 20 - No trabalho, a competitividade não constitui problema para mim; Exercício de outras actividades para além da prestação de cuidados de saúde (investigação, docência, coordenação de programas ou de unidade, etc); exercício de clínica privada.
Oportunidades de educação médica contínua ¹⁸ ; oportunidades de actualização profissional ¹⁸ .	- Tenho oportunidade de aprender coisas novas; 8 - Tenho interesse pelas coisas que faço; 18 - Encontro-me capacitado para o meu trabalho.
Adequação para o trabalho que tem de ser feito ¹⁷ ;	18 - Encontro-me capacitado para o meu trabalho.
Independência, autonomia ou controlo dos médicos na organização do próprio trabalho e liberdade de escolha dos métodos de trabalho ¹⁷ ; latitude de responsabilidade ¹⁷ , dada ou assumida.	6 - Tenho autonomia para organizar o meu trabalho; 11 - A relação com os colegas é cordial (existe um bom relacionamento); 10 - A relação com as chefias é cordial (existe um bom relacionamento); 16 - Sei o que se espera de mim no trabalho; 18 - Encontro-me capacitado para o meu trabalho.
Segurança no emprego ¹³ .	20 - No trabalho, a competitividade não

	constitui problema para mim; Provimento em lugar do quadro; expectativas em relação à carreira.
Conflitos na interface trabalho - família - vida social	3 - Em casa, desligo-me facilmente do trabalho; 5 - Poucas vezes o trabalho altera negativamente o meu ânimo; 2 - No final de um dia de trabalho não me sinto cansado(a).
Estatuto social ¹³ ; reconhecimento do seu bom trabalho ¹⁶ .	9 - O meu trabalho é reconhecido; As variáveis do questionário de identificação de áreas de satisfação e insatisfação do utente com os serviços dos CS.
O stresse (e o burnout ¹⁸),	3 - Em casa, desligo-me facilmente do trabalho; 4 - Poucas vezes tenho que me aplicar a fundo no trabalho; 5 - Poucas vezes o trabalho altera negativamente o meu ânimo; 2 - No final de um dia de trabalho não me sinto cansado(a); 15 - Não me sinto muito pressionado(a) pelo factor tempo; 17 - Dou conta do trabalho que tenho de realizar; 20 - No trabalho, a competitividade não constitui problema para mim; Auto-percepção do estado de saúde.
Interesse do trabalho ¹⁹ ; oportunidades para fazer uso das suas competências ⁹ ; oportunidade para utilizar técnicas evoluídas ⁹ .	8 - Tenho interesse pelas coisas que faço.
Idade ¹⁵ ; sexo ¹⁰ ; realização profissional ¹⁰ ; competências para a função ⁹ ; capacidade para fazer face a múltiplas exigências ¹⁹ ; adequação para o trabalho que têm de fazer ¹⁷ (pode incluir competências mas também aptidões (ver secção...)).	17 - Dou conta do trabalho que tenho de realizar; 20 - No trabalho, a competitividade não constitui problema para mim; 18 - Encontro-me capacitado para o meu trabalho; Sexo; idade; grau na carreira; percentagem da despesa com genéricos prescritos em relação ao total do valor participado pelo SNS; percentagem de embalagens de genéricos prescritos em relação ao total; despesa com os meios complementares de diagnóstico e terapêutica pedidos por utente do centro de saúde; número dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica pedidos por utente do centro de saúde; número de anos de exercício na profissão de médico; número de anos de actividade profissional no mesmo centro de saúde; via de obtenção do grau de generalista.
Expectativas das pessoas que consultam os médicos; relações com as pessoas que consultam os médicos ¹³ ; participar na formação de estudantes de medicina ¹⁶	No estudo 3 forma abordados alguns aspectos da satisfação dos utentes

<p>Não foram encontrado estudos na bibliografia internacional e nacional que tenham feito uso destas variáveis.</p>	<p>Exercício de outras actividades para além da prestação de cuidados de saúde (investigação, docência, coordenação de programas ou de unidade, etc); exercício de clínica privada; via de obtenção do grau de generalista; grau na carreira; percentagem da despesa com genéricos prescritos em relação ao total do valor participado pelo SNS; percentagem de embalagens de genéricos prescritos em relação ao total; despesa com os meios complementares de diagnóstico e terapêutica pedidos por utente do centro de saúde; número dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica pedidos por utente do centro de saúde; provimento em lugar do quadro; expectativas em relação à carreira; número de gabinetes por MF; número de outros profissionais (como os enfermeiros); número de médicos de família por gabinete de consulta; percentagem de edifícios do centro de saúde que foram construídos para serem unidades de saúde de origem; percentagem de edifícios do centro de saúde com instalações degradadas; percentagem de edifícios do centro de saúde com salas de espera inadequadas; percentagem de edifícios do centro de saúde com má organização dos espaços; percentagem de edifícios do centro de saúde com má higiene; número de utentes inscritos; número de utentes inscritos por médico de família; número de utentes sem médico de família atribuído; número de utentes inscritos com médico de família atribuído por médico de família; número de médicos de família no centro de saúde; Número de enfermeiros por médico de família; as variáveis do questionário de identificação de áreas de satisfação e insatisfação do utente com os serviços dos CS; auto-percepção do estado de saúde.</p>
---	---

As variáveis estudadas nesta tese têm uma larga correspondência com as identificadas na bibliografia como tendo sido consideradas em estudos sobre satisfação no trabalho, podendo constituir uma base para a construção de uma bateria de variáveis sobre satisfação no trabalho dos MF portugueses a monitorizar regularmente. Outras variáveis como as relativas ao desempenho (que

podem, por ex., ser obtidas nos indicadores para calcular a compensação associada às actividades específicas dos médicos ou os incentivos institucionais às USF) (ver secção 3) carecem, ainda, de uma recolha e disponibilização universais - as relativas ao desempenho já são recolhidas para as USF modelo B, ainda que não disponibilizadas fora das instituições oficiais de um modo uniforme para todo o país e não existem para as outras unidades funcionais.

IV A reforma dos cuidados de saúde primários 2005- é considerada uma boa solução para muitos dos problemas que interferem com a satisfação no trabalho dos médicos de família

Nos *focus group*^e as frases sobre os incentivos propostos, terminavam muitas vezes com equivalentes a “*como vai ser nas USF*”, revelando que o esquema proposto na actual reforma é identificado como passível de promover a satisfação no trabalho^e; de facto, a reforma dos cuidados de saúde primários 2005-, nomeadamente com o enquadramento organizativo das USF, é encarada como uma resposta à insatisfação existente e como uma solução eficaz para a combater^e.

Foram várias as expressões indicativas de uma maior satisfação no trabalho nos profissionais envolvidos em USF, que se associam à melhoria das condições de exercício, tornando-as promotoras de uma maior qualidade^e.

Considera-se ainda que a actual reforma poderá aumentar a satisfação no trabalho dos MF já que^e:

- traz uma maior autonomia ao exercício profissional;
- assegura rácios profissionais / utentes mais adequados;
- promove maior estabilidade e ligação funcional das equipas;

- aproxima as estruturas de decisão do terreno;
- apela a uma maior participação dos profissionais nas decisões sobre o funcionamento das unidades;
- beneficia uma *“nova disponibilidade”* para o CS e para os utentes por parte dos MF;
- incentiva o trabalho em equipa (alicerçado na criação de uma identidade comum forjada na auto-selecção dos grupos e nas afinidades e complementaridades entre os vários elementos);
- impõe regras mais claras nos direitos e deveres de utentes e profissionais, favorecendo uma melhor relação entre utentes e profissionais;
- promove mais satisfação nos utentes ao melhorar a qualidade dos cuidados.

No entanto, vários MF formularam dúvidas sobre se a reforma dos CSP não será ainda reversível – *“ninguém sabe muito bem o que é que vai acontecer”*^e. Teme-se, igualmente, um excesso de expectativas e de exigências que possam fazer perigar a implementação das USF – *“querem passar do razoável para o super-ótimo.”*^e. No entanto, outros consideram que a reforma vai seguir sem recuos, no sentido considerado correcto apesar das oposições que possam surgir^e e das imperfeições que a reforma 2005-... possa ter. E no campo das ameaças a esta reforma, avançam-se:

- as eventuais faltas de equidade no acesso aos cuidados por parte de utentes pertencentes a USF e dos que a elas não pertencem;
- a possibilidade de um desinvestimento na dimensão da intervenção comunitária da actividade dos CS pela prioridade dada à actividade assistencial em consulta;
- não terem sido envolvidos outros grupos profissionais para além dos médicos, enfermeiros e administrativos neste processo da

constituição das USF e pelo constrangimento que tal facto acarreta.

Finalmente e acima de tudo, há a ideia generalizada de que a actual reforma dos CSP vai mudar os centros de saúde e melhorar a satisfação de utentes e profissionais - *“Não, o CS não vai ser o mesmo”^e*.

V O sistema de saúde necessita de reforçar a orientação para os cuidados de saúde primários

Sistemas de saúde orientados para os Cuidados de Saúde Primários são os que melhor podem fazer com que se atinjam três objectivos instrumentais na busca de mais saúde para todos: optimização dos cuidados de saúde, equidade na distribuição dos recursos e promoção da autonomia dos utentes quanto à sua saúde^{20, 21}. O sistema de saúde português tem uma forte orientação conceptual para os cuidados de saúde primários²¹ mas se se avaliar a alocação dos recursos nomeadamente humanos, o sistema, e em particular o SNS, são essencialmente e cada vez mais hospitalares (ver secção 3). Foi isso mesmo que foi referido num dos *focus group* em que se considerou que os CSP nunca foram uma verdadeira prioridade *“não é para aqui que são canalizados nem os profissionais nem as verbas, nem nada”^e*. Quando se falou de incentivos nos *focus group* foram referidas melhores orientação e gestão políticas^e (a instabilidade das políticas do sector é considerada a sua imagem de marca – *“ao nível da política global, estou insatisfeitíssimo”^{cxxvi}*)^e e considera-se que subsiste uma deficiente definição política em torno da carreira da área da medicina geral e familiar.

Em termos mais gerais, considerou-se que o sistema não é eficaz na resposta aos problemas sociais e pediu-se maior responsabilidade

^{cxxvi} Dados recolhidos em 2007.

social dos utentes e do Estado^e e, até, uma nova mentalidade dos responsáveis pela Saúde^e. Há insatisfação, ainda, por o sistema não ser responsivo às sugestões dos seus profissionais^e. Alguns consideraram, mesmo, que deveria ser mudado “tudo”^e. Mesmo não se mudando “tudo”, duas áreas foram referidas como a necessitar de mudança - a relação com outras instituições de saúde e profissionais de saúde exteriores ao CS querendo-se que se promova uma maior articulação com os serviços hospitalares, nomeadamente através de reuniões clínicas conjuntas e consultas das especialidades hospitalares no CS e uma nova relação com o sector privado da saúde^c. Em relação a esta última, o grupo estava polarizado nos que querem que se aumente a iniciativa privada, nomeadamente na gestão de CS e outros que expressaram o seu repúdio por esta opção^c. A opção mais iniciativa privada nos CSP tem aliás estado presente na evolução das políticas para os CSP (ver secção 3), está enquadrada até a nível das USF com o modelo C (ver secção 3) e poderá ser uma área a explorar a bem da diversidade do sistema – uma condição para políticas mais adaptativas (ver secção 1²²).

Área B – A importância da satisfação no trabalho dos médicos de família dos centros de saúde portugueses.

Na área B – a importância da satisfação no trabalho dos médicos de família dos centros de saúde portugueses evidenciam-se cinco conclusões:

- I - a satisfação no trabalho dos MF está associada ao seu desempenho;
- II - a satisfação no trabalho dos MF está associada às suas cognições de saída da profissão, da carreira e do centro de saúde onde actualmente estão colocados;
- III - a satisfação no trabalho dos MF está associada à sua auto-percepção do estado de saúde;

IV - a satisfação no trabalho dos MF está associada às suas expectativas com a carreira profissional.

V - há uma recursividade entre satisfação no trabalho dos médicos de família / desempenho / contexto organizacional / satisfação do utente que é necessário compreender para se proporem e implementarem abordagens integradas.

Da bibliografia científica para outros sectores da actividade que não só a saúde foi demonstrada associação entre ST e uma série de outras variáveis, sendo as seguintes as mais importantes (ver secção2).

23,24

- com um sentido positivo e uma força moderada com a motivação no trabalho, o envolvimento no trabalho, a implicação organizacional, o comportamento de cidadania organizacional, o desempenho no trabalho, a satisfação com a vida em geral e a saúde mental;
- com um sentido negativo e uma força fraca com o absentismo (embora esta pareça ser uma variável muito complexa, dependendo do estado de saúde do trabalhador ou de familiares, o ter outras actividades profissionais paralelas, o ter filhos ou o apoio de que estes necessitam²⁴) e a falta de pontualidade;
- com um sentido negativo e uma força moderada com o *turnover*, as doenças cardíacas e a adesão a sindicatos por parte dos trabalhadores;
- com um sentido negativo e uma força forte com as cognições de abandono da organização e o stresse percebido.

Uma área fundamental para a relevância da análise da satisfação no trabalho, como já se referiu, é a sua associação com a qualidade dos cuidados de saúde que são prestados às pessoas que os procuram. No sector da saúde têm sido consideradas seis grandes

dimensões da qualidade - acesso aos serviços, segurança, efectividade dos cuidados de saúde, carácter apropriado dos cuidados, aceitabilidade dos cuidados e eficiência dos serviços²⁵ ver secção 2.1.2.2).

Da revisão bibliográfica científica, conclui-se que a ST dos MF:

- está associada ao acesso aos cuidados de saúde pela disponibilidade de MF nos serviços - quando estão mais insatisfeitos no trabalho têm intenções mais fortes de deixar a organização onde trabalham^{15, 26} ou de trocar o sector público pelo privado²⁷, tendo, ainda, mais stresse e *burnout*¹⁸¹⁰, podendo adoecer ou morrer prematuramente com maior frequência¹⁰, diminuindo o número de MF disponíveis;
- não está associada à segurança e à efectividade dos cuidados de saúde - não se demonstrou nenhuma associação entre a satisfação no trabalho dos MF e os erros médicos ou os benefícios dos cuidados de saúde para as pessoas que os procuram¹⁴;
- está associada ao carácter apropriado dos cuidados e à aceitabilidade dos cuidados - apesar das competências técnicas também não estarem associadas à satisfação no trabalho¹⁰, os doentes de médicos com níveis mais altos de satisfação no trabalho tinham maior confiança nos seus médicos, mudavam menos de médico e avaliavam melhor os cuidados médicos²⁸.

Esta tese explorou associações da ST dos MF com quatro das seis dimensões da qualidade da saúde: na da aceitabilidade dos cuidados (relação com a satisfação do utente), na do carácter apropriado dos cuidados (relação com a qualidade organizacional e com a percentagem de genéricos prescritos em relação ao total de medicamentos), na área do acesso aos serviços (com a associação com as cognições de saída da profissão, da carreira e do local de

trabalho e com a auto-percepção do estado de saúde), e uma aproximação à área da eficiência (com a associação com os custos dos medicamentos e meios complementares de diagnóstico prescritos).

I A satisfação no trabalho dos MF está associada ao seu desempenho

As consequências da insatisfação no trabalho podem-se estender a muitas áreas como foi referido nos *focus group*^e:

- a deterioração da relação com colegas e restantes profissionais de saúde ("*deixa correr*");
- menor disponibilidade para o CS ("*cumprir só o horário*");
- aumento do stress;
- a deterioração da relação médico-utente com a crescente *medicalização* ("*menos médico e mais medicamento*") e menor aposta na promoção da saúde; e
- maiores custos.

Todas as áreas referidas nos *focus group* estão relacionadas com o desempenho dos MF. Quando se tentou, nesta tese, analisar a área do desempenho dos MF, o grande problema foi encontrar informação que pudesse ser utilizável.

No estudo 2^o desta tese tentou-se explorar quatro das poucas variáveis disponíveis que podem estar relacionadas com o desempenho. O cálculo destas variáveis é muito fiável porque estão relacionadas com a parte financeira do sistema e eram objectivos das administrações de saúde: o aumento da prescrição de medicamentos genéricos e a contenção de custos dos cuidados de saúde (neste caso dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica). No entanto, é necessário chamar a atenção para o facto de que são

dados ecológicos, ou seja, assume-se que a média de prescrição do conjunto dos médicos do CS é a prescrição de cada um dos MF e é esse valor que é estudado em relação à pontuação individual de cada médico.

As duas primeiras variáveis estudadas foram então a percentagem do número de embalagens e de despesa relativa a medicamentos genéricos em relação ao total de medicamentos prescrito a cargo do SNS. Utilizou-se uma média de dois anos do CS - 2002/2003 - para diminuir o efeito de um eventual ano atípico. Estas percentagens do número de embalagens e de despesa dos genéricos não surgem correlacionadas com nenhum dos factores da ST mas sim com algumas questões individuais do questionário. Assim quanto maior a satisfação com o interesse da actividade, com o posto que ocupam no CS, com a sua capacidade para fazer face ao trabalho que têm de fazer e com a percepção de darem conta do trabalho que têm de realizar (três das quatro pertencem a factores intrínsecos), maior a percentagem de embalagens de genéricos em relação ao total de embalagens de medicamentos prescritas e maior a fatia da despesa com medicamentos genéricos em relação ao total dos medicamentos prescritos. Pode-se interpretar como associação entre uma maior satisfação no trabalho, em particular nas áreas intrínsecas à actividade, e perfis de prescrição mais alinhados com as orientações existentes sobre essa prescrição.

As outras duas variáveis, o número e a despesa com os meios complementares de diagnóstico e terapêutica pedidos em 2003 por utente do centro de saúde, surgem correlacionados negativamente com a satisfação com o *factor 2 - condições para o exercício profissional*. Assim, quando aumenta a satisfação com as condições para o exercício profissional diminui a despesa e o número de meios complementares prescritos. Uma interpretação possível é que com melhores condições para o exercício profissional, os MF podem

apostar mais em outras vertentes do diagnóstico ou até na discussão interpares sobre modos de racionalizar o pedido de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (por ex. com adesão a linhas de orientação dessa prescrição), diminuindo a despesa.

Outro dado a reter é a construção destes indicadores da actividade que surgem como adequados para correlacionar com a satisfação no trabalho dos médicos de família.

II A satisfação no trabalho dos MF está associada às suas cognições de saída da profissão, da carreira e do centro de saúde onde actualmente estão colocados

Exploraram-se as associações entre ST, as expectativas em relação à carreira, por um lado, e as cognições de saída da profissão, da carreira e do centro de saúde onde actualmente estão colocados, por outro. E estas cognições estão associadas a saídas, de facto, das organizações^{23,26}, contribuindo para a degradação da qualidade dos serviços por diminuir a força de trabalho necessária¹⁴ (ver secção 2).

Os médicos que tinham maiores expectativas actuais em relação à carreira, se pudessem voltar ao princípio, escolheriam de novo a mesma profissão, a mesma carreira e o mesmo centro de saúde onde actualmente trabalham (associação estatisticamente significativa), o que é de interpretação directa^b.

Quanto às associações em relação à satisfação no trabalho^b:

- os médicos^{cxxvii} que, se pudessem voltar ao princípio, escolheriam de novo a mesma profissão tinham maior satisfação nos factores do interesse do trabalho, da adequação para o trabalho e das relações interpessoais e autonomia assim como na pontuação global da satisfação no trabalho; portanto, para

^{cxxvii} Optou-se por fazer dois grupos: os que responderam sim num e todos os outros no outro grupo.

se manter na mesma profissão tem de haver satisfação nos factores intrínsecos (esta associação conjunta reforça a decisão de incorporar o *factor 6 – relações interpessoais e autonomia* no conjunto dos factores intrínsecos);

- os médicos que, se pudessem voltar ao princípio, escolheriam de novo a mesma carreira tinham maior satisfação nos factores da pressão e exigência no trabalho , do interesse do trabalho, da adequação para o trabalho e da recompensa pelo trabalho assim como na pontuação global da satisfação no trabalho; para a carreira, já contam os factores intrínsecos mas também dois factores extrínsecos - a pressão e exigência no trabalho e a recompensa pelo trabalho; ficam de fora os dois factores digamos mais locais – condições para o exercício e relações interpessoais e autonomia; a aposta na ST, portanto, tem de ser mais abrangente se quisermos manter os MF como MF;
- os médicos que, se pudessem voltar ao princípio, escolheriam de novo o mesmo centro de saúde onde actualmente trabalham tinham maior satisfação em todos os factores da satisfação no trabalho considerados - na área da pressão e exigência no trabalho , das condições para o exercício profissional , do interesse do trabalho , da adequação para o trabalho e da recompensa pelo trabalho e das relações interpessoais e autonomia , assim como na pontuação global da satisfação no trabalho; para manter os MF no mesmo CS a aposta na ST ainda é mais exigente, tem de ser em toda a linha de factores - a ST tem de ser pensada globalmente e de modo integrado.

Também nos *focus group* as consequências da insatisfação no trabalho surgem importantes neste domínio do *turnover*^e com uma maior vontade de abandonar a profissão, nomeadamente pela aposentação – “*estou à espera da reforma.*”

III A satisfação no trabalho dos MF está associada à auto-percepção do seu estado de saúde

A auto-percepção do estado de saúde está associada a cinco dos seis factores (a excepção é o *factor 5 – recompensa pelo trabalho*) e à pontuação global da satisfação no trabalho (coeficientes de correlação sempre positivos e entre 0,164 e 0,357). Para se alcançar e gozar um maior nível de satisfação no trabalho parece ser favorável usufruir de um maior nível de saúde^{cxxviii} ou vice-versa: ter melhor saúde leva a mais satisfação no trabalho ou ter mais satisfação no trabalho leva a melhor saúde. Pode existir aqui uma recursividade entre saúde e satisfação no trabalho, sendo ambas necessárias para a expressão de cada uma. A grande conclusão que pode ser retirada é que é importante medir o estado de saúde para se alcançar o quadro completo-complexo da satisfação no trabalho. E a avaliação da auto-percepção do estado de saúde parece ser uma boa medida do real estado de saúde^{29, 30, 31}. A avaliação desta auto-percepção por uma única questão, como foi o caso nesta tese, torna ainda mais fácil a decisão de se introduzir esta dimensão nos estudos sobre satisfação no trabalho. Esta questão foi retirada do questionário SF-36, instrumento adequado para medir a qualidade de vida para a população portuguesa³² e é igualmente utilizada no Inquérito Nacional de Saúde ainda que com uma escala ligeiramente diferente. Uma eventual evolução para o estudo da ST poderá ser a introdução de uma avaliação mais aprofundada da qualidade de vida (ver secção1).

IV A satisfação no trabalho dos MF está associada às suas expectativas com a carreira profissional

^{cxxviii} Na discussão dos outros factores não será feita novamente referência a esta variável.

Uma outra variável, esta sim verdadeiramente onnipresente na satisfação no trabalho dos MF, é a referente às expectativas actuais em relação à carreira de medicina geral e familiar. Esta variável está associada^b a todos os seis factores, assim como à pontuação global da satisfação no trabalho dos MF (coeficientes de correlação, todos positivos, entre 0,181 e 0,500), mas o maior coeficiente de correlação de todos, a seguir ao com a pontuação global, é com o factor 3 - *interesse pelo trabalho* (0,478). Assim uma antecipação positiva do futuro parece ser importante para a satisfação no trabalho e muito em particular para a satisfação associada ao interesse pelo trabalho ou, novamente, vice-versa, uma elevada satisfação no trabalho e, em particular, no que ao interesse do trabalho diz respeito, conduz a uma percepção do futuro mais positiva.

V Há uma recursividade^{cxxix} entre satisfação no trabalho dos médicos de família / desempenho / contexto organizacional / satisfação dos utentes que é necessário compreender para se proporem e implementarem abordagens integradas

Nos *focus groups*^e foi identificada uma relação estreita entre satisfação no trabalho, desempenho dos médicos de família, contexto organizacional e satisfação dos utentes alicerçada no seguinte raciocínio (em itálico) e que é reforçada com dados dos outros estudos desta tese e referências bibliográficas:

- os aspectos que mais satisfazem o médico de família estão relacionados com aspectos intrínsecos, com aquilo que é considerado nuclear no exercício da profissão, nomeadamente a relação médico-utente³³; nos *focus group* a deterioração da relação médico-utente foi avançada como uma das

^{cxxix} Recursiva: “os efeitos e os produtos são necessários ao processo que os gera”; “o produto é produtor daquilo que o produz”

consequências mais graves da insatisfação no trabalho ^e; esta relação é, também, reforçada pelo estudo 3^d em que as unidades em que os MF tinham níveis de ST mais elevados eram também aquelas em que os utentes estavam mais satisfeitos com os serviços prestados; o estudo 2^b também revelou que dos seis factores da ST, o que tinha uma correlação mais forte com a pontuação global da ST era o relativo ao interesse do trabalho, um factor intrínseco da ST e o mais relacionado com a essência da profissão;

- a satisfação no trabalho, por outro lado, é sentida como um aspecto estrutural dos cuidados prestados, ou seja, é fundamental que exista para que os cuidados tenham a qualidade necessária; nos *focus group*, novamente, das consequências mais graves da insatisfação no trabalho foram apontadas uma menor disponibilidade para o CS por parte dos MF e uma maior vontade de abandonar a profissão^e, uma das formas de quebra da qualidade dos cuidados pela escassez de recursos humanos disponíveis para garantir os cuidados, como se viu; no estudo 3^d as diferenças da ST acompanham a evolução da qualidade organizacional; no estudo 2^b conseguiram-se encontrar correlações entre ST e variáveis relacionadas com o desempenho dos MF;
- por outro lado, as condições para o exercício (em muito determinadas pelo contexto organizacional), pesam sobre a qualidade dos cuidados e a satisfação no trabalho dos MF¹⁶; nos *focus group*, foram várias as expressões indicativas de uma maior satisfação no trabalho nos profissionais envolvidos em USF que se associam com o expurgo de condições extrínsecas que são, tradicionalmente, fonte de insatisfação nos CS^e; no estudo 2^b encontraram-se várias correlações entre a qualidade das instalações ou os rácios gabinetes / MF e a satisfação no

trabalho dos MF; novamente dos *focus group*, uma boa organização interna e o trabalho em equipa são considerados dos melhores incentivos – “A compensação nas USF é a organização interna”^e;

- os utentes são sensíveis à qualidade dos cuidados, ficando mais satisfeitos quando a percebem e, principalmente, quando retiram benefícios directos dessa maior qualidade; no estudo 3^d satisfação dos utentes e qualidade organizacional surgem emparelhadas; nos *focus group*, considerou-se que os efeitos positivos da actual reforma dos CSP 2005- se estendem aos utentes, com melhoria da qualidade dos cuidados que lhes são prestados, essencialmente porque os rácios profissionais / utentes são mais adequados e existe alguma estabilidade e uma boa ligação funcional das equipas que prestam os cuidados - as condições de exercício são promotoras de uma maior qualidade^e;
- os médicos sentem-se recompensados e retiram satisfação no trabalho do exercício da sua actividade quando percebem que os utentes estão satisfeitos com os cuidados que lhes são prestados; no estudo 3^d satisfação dos utentes, qualidade organizacional e satisfação no trabalho dos MF surgem emparelhadas; no estudo 2^c surge como fonte de stresse dos MF a falta de reconhecimento do trabalho dos médicos de família por parte dos utentes reforçando esta relação; dos *focus group* refere-se, ainda, que a satisfação no trabalho dos MF depende da satisfação dos utentes e de estes verem os seus problemas resolvidos^e.

Também na bibliografia internacional estas relações foram exploradas. Num estudo²⁸, doentes de médicos com níveis mais altos de satisfação no trabalho tinham maior confiança nos seus médicos,

mudavam menos de médico e avaliavam melhor os cuidados médicos.

Esta recursividade entre satisfação no trabalho dos MF / desempenho / contexto organizacional / satisfação dos utentes tem, ainda, correspondência no modelo global de motivação e satisfação no trabalho adoptado como ponto de partida e eixo central da presente tese fechando também um círculo nesta tese.

7.3 Conclusões da discussão

A principal conclusão é que a satisfação no trabalho dos médicos de família é um desafio que importa abraçar.

A importância vem tanto dos resultados desta tese como de muitas décadas de investigação sobre ST nos médicos de família e em outros sectores de actividade.

Sintetizando, a satisfação no trabalho dos médicos de família surge associada a variáveis fundamentais na sociedade, no sistema de saúde, nas unidades de cuidados de saúde primários assim como nas esferas individual e familiar de médicos de família e das pessoas que procuram os seus cuidados. Por outro lado, há evidência que aponta para que se trata de uma área manejável, em que é possível actuar e conseguir resultados no sentido de maior satisfação no trabalho, uma vez que organizações e contextos diferentes estão associados a níveis de satisfação no trabalho também diferentes. A importância surge desta dupla constatação: é relevante, actuando numa teia relacional que se estende das dimensões individuais às sistémicas, e é manejável.

As associações positivas^{cxxx} da ST dos MF, por um lado, com quatro das seis dimensões da qualidade do sector da saúde e, por outro, com a saúde dos MF, encontradas nesta tese, sustentam esta relevância e a posição da ST dos MF na teia relacional que foi o modelo de partida desta tese (ver as secções 2 e 5).

Quanto à maneabilidade, esta tese^{b,d,e} aponta caminhos de como se pode actuar na satisfação no trabalho ao evidenciar com que variáveis individuais e contextuais está associada (estudo 2)^b, como é que diferentes enquadramentos podem conduzir a resultados

^{cxxx} Quando aumenta a ST, aumenta a variável.

diferentes (estudo 3)^d ou como é que os próprios MF gostariam de mudar a situação para terem mais satisfação no trabalho (estudo 2 e 4)^{c,e}.

Os resultados desta tese podem, então, ser agrupados nas três dimensões de uma abordagem salutogénica (ver secção 1) da ST dos MF:

A - dimensão da compreensibilidade;

B - dimensão da maneabilidade;

C - dimensão da significabilidade.

A - Dimensão da compreensibilidade - disponibilizar os meios para se compreender o que é a satisfação no trabalho dos médicos de família assim como o que é o trabalho que se está a fazer e com que enquadramento.

Da bibliografia científica sai reforçada a importância desta dimensão - viu-se que a satisfação no trabalho estava fortemente associada com a sensação de controlo do trabalho e as várias áreas do clima organizacional, entre as quais uma maior ênfase na disponibilização de informação e conhecimento¹⁴. Outros autores advogam necessidade da existência de tecnologias de informação e comunicação adequadas para a prestação, coordenação e melhoria dos cuidados³⁴. Na discussão dos incentivos não ligados aos aspectos remuneratórios, a quantidade e a qualidade da informação (incluindo a informação sobre o próprio desempenho do trabalhador) surge como uma das possíveis estratégias a adoptar^{34,35} Rowe AK, de Savigny D, Lanata CF, Victora CG. How can we achieve and maintain high-quality performance of health workers in low-resource settings? Lancet. 2005 Sep 17-23; 366(9490): 1026-35.. No entanto, esta aposta não se pode sustentar apenas em mais e melhor informação e conhecimento. Para que se desenvolvam as capacidades adaptativas de trabalhadores e organizações e se aumente a

satisfação no trabalho, é necessário igualmente desenvolver a capacidade de análise, o potencial criativo de todos os seus membros³⁶ e o capital social²³ da organização ³⁷(ver as secções 2). Também em Portugal, se critica o acesso à informação e conhecimento necessários para se poder tomar decisões nos vários níveis³⁸ ou para a investigação.³⁸ Igualmente, nesta tese, quer nos *focus group*^e quer no estudo das áreas a mudar na opinião dos MF^c surgiu a referência à necessidade de mais e melhor informação de retorno em relação ao trabalho realizado, à criação e implementação de normas para a prática clínica ou ao fomento da investigação nos centros de saúde – áreas da gestão da informação e conhecimento.

Aumentar a informação e o conhecimento disponíveis e os meios para os gerir para a tomada de decisão atempada e adequada pode assim ter valor. É o que se vai de seguida tentar em relação à ST dos MF.

A satisfação no trabalho pode ser definida como a atitude do indivíduo em relação ao seu trabalho e às condições em que este é desempenhado. A satisfação no trabalho é, portanto, uma atitude³⁹ e, como tal, tem de se atender a três componentes:

- afectiva - a componente emotiva e sentimental em relação ao trabalho no continuum agradável-desagradável (por ex.: tenho prazer e gosto do que faço no trabalho);
- cognitiva - pensamentos ou avaliação do trabalho de acordo com o conhecimento que o trabalhador crê ter; diz respeito às crenças do indivíduo sobre o trabalho (por ex. aquilo que faço no trabalho faz, para mim, todo o sentido); e
- comportamental - predisposições comportamentais/de intenção em relação ao trabalho; representa o impulso, a tendência para a acção em relação ao trabalho de um modo

específico e consistente (por ex. vou fazer o que tenho de fazer no trabalho)^{Alcobia P; MPSO,2001}.

Para actuar na ST temos assim de abordar o trabalho e as condições em que é desempenhado, atendendo ao que os MF sentem, acreditam e fazem.

Ainda nesta dimensão da compreensibilidade, e restringindo a análise aos resultados desta tese, temos que a satisfação no trabalho dos MF pode ser entendida como tendo seis factores divididos:

- em dois factores intrínsecos (relacionados com a especificidade da actividade, com aquilo que lhe é nuclear)- *factor 3 - interesse do trabalho* e o *factor 4 - adequação para o trabalho*;
- em três factores extrínsecos (contextuais, que nela actuam, como em outras actividades no mesmo âmbito, não sendo nem específicos nem exclusivos dela) - o *factor 1 - pressão e exigência no trabalho*, o *factor 2 - condições para o exercício profissional* e o *factor 5 - recompensa pelo trabalho efectuado*;
- num factor-fronteira (entre os outros dois tipos mas mais próximo dos factores intrínsecos porque integra, por um lado, a autonomia, que depende de características da própria actividade mas também do contexto e, especialmente, do que chefias e colegas permitam que faça, e, por outro, as relações com esses colegas e chefias, que são contextuais mas que estão embebidas da essência da actividade) - o *factor 6 - ambiente de trabalho e autonomia*.

Ficou-se, igualmente, a saber que a satisfação no trabalho em termos globais está obviamente correlacionada com todos estes seis factores mas surge mais fortemente correlacionada com o interesse do trabalho (um factor intrínseco) seguindo-se a pressão e exigência no trabalho e a recompensa pelo trabalho (dois factores extrínsecos)^b. Aprofundando, os factores (e questões) com pontuações de ST mais

positivas são os factores intrínsecos (interesse do trabalho e adequação ao trabalho) ou das relações interpessoais reforçando a ideia de que são estas as características que mais elevam a satisfação no trabalho dos MF^b. No sentido contrário, são as características extrínsecas, contextuais, que mais contribuem para a baixar o valor da pontuação global da ST dos MF. Nestas destaca-se, por ser, de longe, a mais baixa, a pressão e exigência no trabalho seguindo-se, praticamente lado a lado, as condições para o exercício profissional e a recompensa pelo trabalho^b.

B - Dimensão da maneabilidade - realçando os pontos positivos e as oportunidades tanto como os pontos negativos e as ameaças, identificando os recursos, individuais, da organização, do sistema, da sociedade que podem ser activados e como.

Nesta dimensão da maneabilidade, está o conhecimento que variáveis se encontraram relacionadas com a ST dos MF nos vários estudos^{b,c,d,e} (ver secções anteriores neste capítulo), por áreas e de acordo com a seguinte hierarquia decrescente de força de evidência, identificadas pelos seguintes códigos colocados em posição superior à linha:

‡ – variáveis decorrentes modelos de regressão linear múltipla^b;

† – variáveis decorrentes das análise bivariadas^b;

¥ – decorrentes do estudo do CS e USF considerados, ao longo do tempo e em que não se aplicaram testes estatísticos^d.

Assim, temos:

- Na área do estado de saúde
 - autopercepção do estado de saúde^{‡,†} (positivamente associada;);
- Na área da carreira profissional

- o expectativas actuais quanto à carreira de MGF^{‡,†} (positivamente associada);
- o via de obtenção do grau de generalista[†] (positivamente associada com a obtenção pela via do internato complementar);
- Na área do desempenho
 - o percentagem da despesa com genéricos prescritos em relação ao total do valor participado pelo Serviço Nacional de Saúde[†] (positivamente associada; não foi testada nos modelos);
 - o percentagem de embalagens de genéricos prescritos em relação ao total[†] (positivamente associada; não foi testada nos modelos);
 - o despesa com os meios complementares de diagnóstico e terapêutica pedidos por utente do centro de saúde[†] (negativamente associada; não foi testada nos modelos);
 - o número dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica pedidos por utente do centro de saúde[†] (negativamente associada; não foi testada nos modelos).
- Na área da satisfação do utente com os serviços
 - o as variáveis do questionário de identificação de áreas de satisfação e insatisfação do utente com os serviços dos CS (baseado no questionário Europep,[‡] aumenta com o aumento da ST dos MF);
- Na área da gestão dos recursos humanos da saúde
 - o cognições dos MF para a saída na profissão, carreira e centro de saúde onde exercem[†] (negativamente associada; não foi testada nos modelos);
 - o número de médicos de família no centro de saúde[†] (positivamente associada);
 - o número de enfermeiros por médico de família^{‡,†} (positivamente associada; a importância da gestão dos recursos humanos da saúde);
 - o número de enfermeiros[‡] (positivamente associada; a importância da gestão dos recursos humanos da saúde);
- Na área das condições físicas dos locais de trabalho

- o percentagem de edifícios do centro de saúde que foram construídos para serem unidades de saúde de origem^{‡,†} (positivamente associada);
- o percentagem de edifícios do centro de saúde com instalações degradadas^{‡,†} (negativamente associada);
- o percentagem de edifícios do centro de saúde com má organização dos espaços^{‡,†} (negativamente associada);
- o número de médicos de família por gabinete de consulta^{‡,†} (negativamente associada);
- o percentagem de edifícios do centro de saúde com salas de espera inadequadas[†] (negativamente associada);
- o percentagem de edifícios do centro de saúde com má higiene[†] (negativamente associada);
- Na área da pressão assistencial
 - o número de utentes inscritos[‡] (negativamente associada; a importância da pressão assistencial e do tamanho das unidades);
 - o número de utentes inscritos por médico de família[‡] (negativamente associada; a importância da pressão assistencial);
 - o número de utentes inscritos com médico de família atribuído por médico de família[‡] (positivamente associada; a importância da pressão assistencial e do tamanho das unidades);
 - o número de utentes sem médico de família atribuído[‡] (negativamente associada; a importância da pressão assistencial);
 - o número de utentes sem médico atribuído por utente inscrito[†] (negativamente associada);
- Na área da experiência profissional
 - o percentagem de médicos de família que são chefes de serviço a exercer no centro de saúde[‡] (positivamente associada; a importância da experiência e das competências do grupo);
 - o número de anos de actividade profissional no mesmo centro de saúde[‡] (positivamente associada; a importância da experiência, do conhecimento do terreno e das relações profissionais ao longo do tempo);

- o número de anos de exercício na profissão de médico[‡] (positivamente associada; a importância da experiência).
- o percentagem de médicos de família a trabalhar no centro de saúde que obtiveram o título de especialista pela via do internato complementar[‡] (positivamente associada);
- Na área do regime de trabalho
 - o percentagem de médicos de família com regime de trabalho de 42 horas em exclusividade[‡] (positivamente associada).
 - o regime de trabalho[†] (positivamente associada com o regime de 42 horas em exclusividade);
- Na área qualidade organizacional
 - o as variáveis do instrumento MoniQuOr de avaliação da qualidade organizacional dos CS[¥] (aumenta com o aumento da ST dos MF);
- Na área das características individuais sócio-profissionais
 - o sexo[†] (associação mista);
 - o idade[†] (só se encontrou uma correlação com uma das questões);
 - o exercício de outras actividades para além da prestação de cuidados de saúde (investigação, docência, coordenação de programas ou de unidade, etc) [†] (positivamente associada);
 - o exercício de clínica privada[†] (associação mista).

Estas são variáveis em que se poderá investir para uma monitorização mais regular da ST dos MF já que se sabe que a fazem variar. Mas são também aquelas que o sistema de informação actual permite colher e/ou pelas quais o autor desta tese optou, havendo uma série de outras variáveis que poderão ser importantes como as identificadas nas secções 2.2.

Estas variáveis contêm também uma proposta/agenda de intervenções que profissionais, gestores ou políticos possam querer implementar. Da bibliografia científica, vem a proposta de, mais do que procurar altos níveis de satisfação no trabalho, se focar a atenção

nos aspectos que mais insatisfazem os médicos de família porque são estes que estarão por trás de intenções negativas, como querer sair da instituição onde estão a trabalhar²⁶. Outra estratégia será seguir as propostas de mudança feitas pelos próprios MF porque serão aquelas que, com maior probabilidade, terão a sua adesão. Esta tese apoia a elaboração dessa agenda de mudança. No estudo 2^c e 4^e as referências a como mudar são muitas e algumas bastante específicas.

Seguindo o conselho de começar pelas áreas que mais insatisfazem^{cxxxi}, temos a pressão e exigência no trabalho que está relacionada, na opinião dos MF, entre outras, com um aumento do nível de exigência em relação ao trabalho dos MF por todas as partes envolvidas^{c,e} que é percebida como uma fonte importante de stresse, o que pode ser combatido por:

- melhor organização das unidades de saúde;
- melhores instalações e equipamentos;
- diminuição da carga de trabalho diária e anual em termos de consultas,
- diminuição do tamanho das unidades de saúde;
- resolução do problema dos utentes sem médico de família sem sobrecarregar os MF que já têm as suas listas de utentes;
- melhor apoio de outras profissões e especialidades médicas;
- mais e melhor formação dos MF; e/ou
- estabelecimento de uma espécie de pacto com a comunidade de utentes no sentido de contrariar a má utilização os serviços (quer não os utilizando em excesso quer assumindo direitos mas também deveres).

Quanto às condições para o exercício profissional considerou-se que a situação de satisfação no trabalho dos MF variava de local

^{cxxxi} Ver no início desta secção 7 a correspondência das letras em posição superior à linha.

para local em função das condições que são disponibilizadas para o exercício profissional e não do que é intrínseco e nuclear à profissão^e.

As instalações e equipamentos são referência frequente como fonte de stress ou áreas a mudar^{c,e}, sendo proposto:

- a melhoria e maior disponibilização de tecnologia nos CS quer seja na área do diagnóstico e terapêutica, no apoio informático na área clínica, no atendimento telefónico;
- a disponibilização de um gabinete por MF – esta medida merece um ponto especial e em exclusivo porque é das características mais presentes nas associações estudadas;
- a melhoria da adequação e preservação dos edifícios das unidades de saúde (no conforto quanto à temperatura, humidade e ruído), da organização interior do centro de saúde (nomeadamente no circuito do utente, privacidade dos consultórios e espaços de convívio dos profissionais).

Ainda nas condições para o exercício, outras características surgem relevantes como a necessidade de rácios adequados de profissionais de saúde entre eles e entre estes e utentes^{c,e}. Aqui é advogada mais especificamente a vantagem:

- da existência de um secretário clínico por cada médico^c
- de uma melhor gestão de recursos humanos na saúde que não prolongue a situação deficitária actual em relação a algumas profissões da saúde.

As críticas nesta área vão também para aspectos organizacionais das unidades de CSP e do sistema^{c,e}, devendo atender-se:

- à implementação de planeamentos adequados para o centro de saúde;
- à reorganização geral ou sectorial do CS, como a gestão da consulta (nomeadamente no atendimento dos utentes e no

apoio administrativo), o sistema de marcação de consultas, a flexibilização dos horários médicos;

- a uma melhor articulação com os serviços hospitalares;
- a um maior apoio dos outros níveis de cuidados.

Por último referir que nos focus groupe foi referido que nas USF, os MF são os mesmos e a sua qualidade técnico-científica é a mesma do que nos CS tradicionais, o que muda são as condições de exercício, que são promotoras de uma maior qualidade.

Na recompensa pelo trabalho efectuado, uma afirmação mais contundente marca o tom das medidas propostas: o sistema de salário fixo premeia a passividade^c. Propõe-se^e, então, para que a remuneração tenha mais valor, que seja diferenciada conforme o desempenho e promova o trabalho em equipa e a co-responsabilização pela actividade da unidade e tenha incentivos para comportamentos muito concretos, como por ex. prescrição adequada de fármacos.

Quanto ao ambiente de trabalho e autonomia, este ponto é marcado pela afirmação de que os MF prezam, acima de tudo, a autonomia no desempenho do seu trabalho; mas o que existe é uma baixa autonomia dos CS em todos os domínios^e e que é causadora de stress^c. Avançam com a proposta de^{c,e}:

- aumentar a participação dos profissionais nas decisões sobre o funcionamento dos CS, nomeadamente através de mais reuniões internas e maior responsabilização;
- melhorar a gestão, que deverá ser menos "controladora";
- fomentar melhores lideranças seleccionando as chefias por projecto (o que planeiam fazer e como nas unidades de saúde), devendo aquelas cultivar as relações com os subordinados, ser mais transparente nesses relacionamentos, reconhecer melhor o

seu trabalho, dar mais apoio no caso de problemas e melhorar a sua capacidade para motivar os profissionais;

- promover a importância das chefias intermédias na gestão dos CS e na motivação dos seus profissionais, sobretudo através do reconhecimento do seu trabalho e do diálogo;
- impulsionar a supervisão e a avaliação do desempenho de qualidade - e esta qualidade é assegurada, e logo a supervisão e a avaliação do desempenho bem aceites, se as chefias forem escolhidas pelos seus projectos, prestígio e competência e se alicerçadas em modelos adequados, não centrados na “caça ao erro” e com a formação necessária dos avaliadores.

No interesse do trabalho, a área que correlação mais forte tinha com a pontuação global da ST^b, o modelo das USF emerge como uma boa solução geral. Nesta área surge, novamente, a questão dos utentes sem MF atribuído, considerando-se que, ao desviar os MF da sua lista de utentes, tal situação não permite que o perfil do médico de família se possa exprimir em todas as suas vertentes, deixando áreas de cuidados desguarnecidas e perturbando toda a actividade do CS^e. No entanto, este é um problema que não pode ser esquecido, mas resolvido na opinião dos MF ainda que não com recurso aos MF que têm de cuidar das suas listas de utentes a quem estão ligados longitudinalmente ao longo do tempo. A generalização das USF poderia resolver o problema pelo aumento das listas de utentes, possível pela melhoria das condições de trabalho.

Nesta tentativa de compreensão do interesse do trabalho dos médicos de família realça-se ainda que a satisfação no trabalho dos MF depende da satisfação dos utentes e de estes verem os seus problemas resolvidos^e.

Como medidas específicas para aumentar o interesse do trabalho, avançou-se com^{c,e}:

- a diminuição das tarefas consideradas administrativas e burocráticas como passar atestados ou declarações e propondo-se mudanças como o modelo actual das receitas médicas ou os modelos de certificação de incapacidade temporária;
- a promoção de um trabalho em mais estreita relação com a comunidade com uma maior participação desta na vida dos CS, propondo-se, por ex., a constituição de corpos de voluntários e constatando-se que o modelo das USF beneficia o relacionamento entre utentes e profissionais por existir uma melhor definição dos papéis, uma maior interiorização de direitos e deveres de parte a parte com ganhos para todos, para além de promover uma “nova disponibilidade” dos MF para o CS e para os utentes;
- a possibilidade de trabalho em equipa e com equipas estáveis com médicos, enfermeiros e secretários clínicos;
- melhores modelos de progressão na carreira;
- mais e melhor informação de retorno em relação ao trabalho realizado;
- criação e implementação de normas para a prática clínica; ou
- o fomento da investigação nos centros de saúde.

No último dos factores, na adequação para o trabalho, surgiram três grandes áreas^c:

- melhorar o desempenho;
- melhorar a avaliação do desempenho;
- aumentar a motivação no trabalho.

São propostas as seguintes medidas^{c,e}:

- mais e melhores programas de formação - mais adequados, mais sensíveis às necessidades de profissionais e dos serviços, explorando a vantagem de espaços de formação mais informais;

- implementação de programas de apoio à decisão; e
- promoção de ambientes mais tolerantes ao erro frutífero, aquele que, dentro dos limites da segurança, pode permitir o desenvolvimento dos serviços e dos profissionais e/ou resulta do risco da procura da inovação.

Para finalizar, as medidas propostas pelos MF em termos mais globais, sendo que a grande proposta é a generalização do modelo das USF. Esta proposta é reforçada pela constatação que frases, nos *focus group*, sobre incentivos para os MF terminavam, muitas vezes com equivalentes a “*como vai ser nas USF*”, revelando que o esquema proposto na actual reforma é identificado como passível de promover a satisfação no trabalho dos MF. Essa promoção da ST está, como já se disse, associada à melhoria das condições de exercício, nomeadamente porque^e:

- traz uma maior autonomia ao exercício profissional;
- assegura rácios profissionais / utentes mais adequados;
- promove maior estabilidade e ligação funcional das equipas;
- aproxima as estruturas de decisão do terreno;
- apela a uma maior participação dos profissionais nas decisões sobre o funcionamento das unidades;
- beneficia uma “*nova disponibilidade*” para o CS e para os utentes por parte dos MF;
- incentiva o trabalho em equipa (alicerçado na criação de uma identidade comum forjada na auto-selecção dos grupos e nas afinidades e complementaridades entre os vários elementos);
- impõe regras mais claras nos direitos e deveres de utentes e profissionais, favorecendo uma melhor relação entre utentes e profissionais;
- promove mais satisfação nos utentes ao melhorar a qualidade dos cuidados.

No entanto, para aperfeiçoar a actual reforma, deve-se^{c,e}:

- tornar os CSP numa verdadeira prioridade, canalizando para aí mais investimento e recursos humanos;
- melhorar orientação e gestão políticas;
- promover uma melhor definição política em torno da carreira de Medicina Geral e Familiar.
- resolver as eventuais faltas de equidade no acesso aos cuidados por parte de utentes pertencentes a USF e dos que a elas não pertencem;
- assegurar a continuação do investimento na dimensão na intervenção comunitária da actividade dos CS;
- envolver os outros grupos profissionais para além dos médicos, enfermeiros e administrativos na reforma;
- fomentar uma maior articulação com os serviços hospitalares, nomeadamente através de reuniões clínicas conjuntas e consultas das especialidades hospitalares no CS;
- experimentar uma nova relação com o sector privado da saúde.

Quanto às relações com o sector privado, o grupo está polarizado entre os que querem que se aumente a iniciativa privada, nomeadamente na gestão de CS e outros que expressam o seu repúdio por esta opção.

C - Dimensão da significabilidade - evidenciando a importância de assumir como desafios que merecem investimento, empenho e perseverança uma finalidade, um objectivo, uma acção, um problema.

Nesta dimensão da significabilidade, temos a demonstração nesta tese da relevância da ST dos MF na própria saúde dos MF e na qualidade dos serviços.

A ST dos MF está associada:

- ao acesso aos cuidados de saúde (correlação negativa com as cognições de saída da profissão, da carreira e do local de trabalho e positiva com a auto-percepção do estado de saúde, ou seja, mais ST menos ideias de sair da profissão, da carreira e do local de trabalho e melhor auto-percepção do estado de saúde, logo menos probabilidade de adoecer e de poder deixar de trabalhar como MF)^{b,e}, ao carácter apropriado dos cuidados (na relação com a qualidade organizacional – melhor qualidade organizacional está emparelhada com maior ST dos MF - e com a correlação positiva com a percentagem de genéricos prescritos em relação ao total de medicamentos – maior ST, maior percentagem de genéricos prescrita em relação ao total)^{b,d}, à aceitabilidade dos cuidados (relação com a satisfação do utente – satisfação do utente evolui emparelhada com a ST dos MF)^d e uma aproximação à área da eficiência (com a correlação positiva com o custo dos meios complementares de diagnóstico prescritos)^b;
- à auto-percepção do estado de saúde dos MF numa correlação positiva - mais ST, melhor auto-percepção do estado de saúde.

Estão, portanto, demonstradas associações da ST na esfera individual do médico de família com algo muito sensível como é a sua saúde e na qualidade dos cuidados com potenciais consequências para a organização, a comunidade e o sistema de saúde. Argumentos suficientes para que se abrace a ST dos MF como merecendo investimento, empenho e perseverança..

Como A. Botton⁴⁰ lembra, o trabalho tornou-se das dimensões mais identitárias das vidas das pessoas. Está omnipresente e é muito relevante na esfera pessoal, familiar, organizacional e social, na satisfação com a vida em geral, com a saúde em particular, com a qualidade de vida; merece e compele a que se procure mais

satisfação no trabalho. Para orientar esta demanda, ficam o retrato-tipo do médico de família satisfeito no trabalho e do centro de saúde promotor de satisfação no trabalho num dia de trabalho, sumariando os pontos mais importantes de todo este processo de cristalização dos significados dos resultados. A complexidade é mais facilmente captada através de metáforas, exemplos, narrativas. Foi o que se tentou fazer no texto seguinte.

“O médico de família satisfeito no trabalho levanta-se de manhã acreditando que o seu trabalho faz sentido e que vale a pena sair da cama e ir fazer aquilo que sabe fazer melhor. O seu trabalho interessa-o e sente-se adequado para o levar a cabo. Quando sai de casa, sente que consegue manter um equilíbrio satisfatório entre vida pessoal/vida familiar/vida social/vida profissional. No caminho vai ouvindo as notícias na rádio e pensa: a sociedade está cada vez mais equitativa e a área política está a conseguir dar uma resposta clara, transparente, relevante para os problemas da sociedade. Do trânsito nas ruas, não consegue deixar de notar que as pessoas estão cada vez mais cidadãos – respeitam-se a eles próprios e aos outros, não desperdiçam, estão prontas para ajudar, participar e dar a sua opinião. Sente a mesma sensação

quando entra no centro de saúde e vê a caixa dos comentários/sugestões/elogios/ reclamações cheia como sempre; e, ainda mais, quando é abordado por um dos elementos da liga de amigos do centro, a sair para mais uma visita domiciliária a uma família para a qual foi solicitado apoio pela autarquia, devido a doença terminal da avó. Fica logo ali agendada uma consulta ao final do dia na casa da família, em conjunto com a enfermeira de família. Trabalho em equipa – ora aqui está um bom modelo de trabalho, reflecte enquanto sobe as escadas e entra na sala de espera dos adultos. Para trás ficou a sala de espera das crianças, em que um pai contava uma história aos dois filhos, aproveitando um livro

disponível na montra apoiada pelo plano nacional de leitura. Estava animado e outra criança mais não conseguia deixar de seguir a história do menino do colar pedra-azul e a saga da caça ao mamute na sua aldeia pré-histórica. O seu dia-a-dia obriga às vezes a um empenho equivalente ao da caça ao mamute, mas a norma é ser um dia que solicita a utilização das suas competências, da sua concentração e da sua disponibilidade mas que não o deixa arrasado. Vai cumprimentado a equipa à medida que se aproxima do seu gabinete – ser possível que cada profissional possa ter um gabinete individual, com as suas coisas, os seus quadros, a sua organização, o seu gabinete, foi uma das grandes vitórias desde que conseguiram ao constituir uma USF. Não é só o gabinete que é personalizado, toda a organização do trabalho é personalizada, moldada à imagem dos seus profissionais e das pessoas que os escolheram como seus profissionais de família. Autonomia – responsabilização -solidariedade, a trindade que faz a diferença nas USF: autonomia organizativa acoplada a responsabilização, em todos os sentidos e suportada na solidariedade da equipa, das pessoas que procuram cuidados, dos gestores das unidades, da comunidade em que se insere, da sociedade que a envolve – estamos todos juntos, no mesmo barco. E é um barco agradável! O edifício foi construído de raiz para ser um centro de saúde, os gabinetes são espaçosos, o ambiente está climatizado, as paredes não deixam escapar o que lá se passa dentro, o equipamento é ergonómico e o adequado permitindo exprimir todo o leque de actividade que os cuidados de saúde primários necessitam, o sistema informático favorece a continuidade e a integração da informação e a tomada de decisão ao mesmo tempo que protege o ambiente obrigando apenas a um consumo mínimo de papel. Mas é a tripulação do barco que faz a diferença. Ao número certo de médicos de família, enfermeiros de família e secretários clínicos de família juntam-se as outras profissões

dos cuidados de saúde primários nas outras unidades funcionais do agrupamento de centros de saúde de que faz parte num todo harmónico.

No almoço da USF, que reúne a equipa todas as semanas para discutir o funcionamento da unidade e se aprender uns com os outros, discutem-se casos clínicos, revêem-se conceitos e actuações. Uma vez por mês vê-se um filme, aprecia-se arte e discute-se para manter mais viva e colorida a ligação com o mundo. É nestas reuniões que se decide muito do que se passa na USF. O coordenador da USF, escolhido dentro desta, existe para manter, em última análise, a coesão social do grupo, o respeito pelo seu regulamento, por todos votado, para representar no exterior o conjunto de profissionais e decidir, em última instância, quando não se conseguir acordo, mas a liderança emerge à medida que as situações vão evoluindo e alguém se destaca e é reconhecido pelo grupo como a pessoa para aquele desafio. Foi o que aconteceu na liga de amigos do centro de saúde – projecto nado e desenvolvido por um grupo de secretárias clínicas e de que ninguém se colocou à margem.

O director do ACES tem outro âmbito de actuação. Tal como o coordenador da USF, tem uma boa ligação aos profissionais do seu ACES e aos utentes da sua área de actuação, mas também uma ligação muito forte aos níveis de administração acima. Para este médico de família, o que realmente lhe interessa é que as chefias sejam escolhidas por critérios técnicos, pelo seu projecto para aquela unidade e que actuem como Tom Peters defende, no papel do “arquitecto social”, do “criador de capacidades”, do líder pró-activo que “expressa a sua filosofia, contacta com os funcionários a todos os níveis, actua de forma quente e expressiva, presta atenção aos pontos fortes” da actividade e promove, valoriza e protege o potencial criativo de todos os elementos da organização. Por falar nisto, a discussão dos resultados da satisfação no trabalho aconteceu

há dois meses: alta, mas, mais importante, as áreas que teimavam em estar em patamares mais baixos tinham, pela primeira vez, cruzado a fronteira e estavam positivas. A avaliação da qualidade organizacional tinha conseguido identificar e focar a atenção no que faltava. Na reunião de hoje, discutiram-se os resultados da medição da satisfação dos utentes e esta continua alta também. No fim da sessão, preparou-se um *focus-group* para saber a opinião sobre quais as prioridades da liga para o próximo ano na voz das pessoas da comunidade que mais dela vão usufruir. A cereja em cima do bolo.

Quando chega de novo ao gabinete, recebe um e-mail com o seu desempenho do último mês comparado com o da USF: a maioria dos indicadores da sua micro-equipa acima da média da USF e esta a continuar a atingir as metas contratualizadas. A avaliação do desempenho é mesmo mais um direito do que um dever, pensa. Ter consciência e poder demonstrar que está a trabalhar bem é um privilégio que poucos têm. Maior privilégio ainda é ter uma remuneração diversificada em que a uma base se junta o desempenho, próprio e da equipa (ou estamos juntos ou não!), e a carga de trabalho, num total que permite fazer face ao que necessita. Ao responder a uns *mails* de utentes, chega-lhe, via grupo de discussão das USF, o último discurso da Ministra da Saúde no parlamento: as USF cobrem agora 74% da população, o que resolveu o problema dos utentes sem médico de família, a medicina geral e familiar é a terceira especialidade mais popular dos médicos em início de carreira e o investimento na saúde vai em 3/5 para os cuidados de saúde primários. "Sempre se conseguiu a tal reorientação do sistema para os cuidados de saúde primários" comenta um dos enfermeiros na rede.

Para trás ficou uma manhã em que fez saúde materna e planeamento familiar para além das consultas do dia em que um pouco de tudo apareceu, da pessoa a tentar controlar a sua

diabetes, ao ranho febril de quatro dias do menino, aos problemas depressivos do desemprego, à ansiedade de um diagnóstico que vai afectar a qualidade de vida de toda uma família. À tarde, as consultas programadas e a saúde infantil e ver, na consulta conjunta com a enfermeira de família, as crianças, da mulher de quem seguiu a gravidez, a crescer e a tornarem-se adultos que o vão continuar a procurar para ser parceiro na busca de mais e melhor saúde. Pelo meio ficaram os telefonemas e as tarefas – receituário crónico, pedido de relatórios – preparadas pela secretária clínica de família. No final do dia de trabalho sai com a enfermeira de família para a tal consulta na casa da família sinalizada pela liga de amigos. A família recebe-o e à enfermeira como família, fala dos medos, das dificuldades, do que já fez e do que não conseguiu fazer, pede apoio, combate-se a ansiedade, traça-se um plano conjunto em que todos são relevantes.

No caminho para casa, já um pouco atrasado mas ainda a tempo, faz os últimos telefonemas, marca a consulta bienal para si próprio na medicina do trabalho (há que não facilitar), resume o dia, vai transferindo lentamente o foco de um trabalho intimamente relacionado com o quotidiano dos outros para o seu quotidiano e abre “outro departamento”. Apanha o filho na escola e vai ao ginásio para a aula de judo do filho e a aula de pilates do casal. Trabalhos de casa do filho, conversa, jantar, telefonemas para a família, combina o cinema do fim-de-semana, jornal, conversa, livro e chega o fim do dia.

Deita-se na certeza de um dia próximo completamente diferente mas não menos satisfatório.

É bom ser médico de família.”

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Thomas P, McDonnell J, McCulloch J, While A, Bosanquet N, Ferlie E. Increasing capacity for innovation in bureaucratic primary care organizations: a whole system participatory action research project. *Ann Fam Med. Annals of Family Medicine* [Internet]. 2005 [cited 2010 March 3];3: 312-317. Available: <http://www.annfammed.org/cgi/content/full/3/4/312/DC1>
- ² Borkan J. Mixed Methods Studies: A Foundation for Primary Care Research. *Annals of Family Medicine* [Internet]. 2004 [cited 2010 March 3];2(1):4-6. Available: <http://www.annfammed.org/cgi/content/full/2/1/4>
- ³ Christianson J, Leatherman S, Sutherland K. Financial incentives, healthcare providers and quality improvements - a review of the evidence. London: The Health Foundation 2007.
- ⁴ Mariotti H. Pensamento complexo – suas aplicações à liderança, à aprendizagem e ao desenvolvimento sustentável. São Paulo: Editora Atlas S.A.; 2007. 203 p.
- ⁵ Hill MM, Hill A. Investigação por questionário. 2nd ed Lisboa: Edições Sílabo, LDA; 2002.377p.
- ⁵ Pett Marjorie, Lackey N, Sullivan J. Making sense of factor analysis. California: Sage Publications; 2003.
- ⁶ Streiner DL, Norman GR. Health Measurement Scales: A Practical Guide to Their Development and Use. 4th ed. Oxford: Oxford University Press; 2008. 431 p.
- ⁷ Pett Marjorie, Lackey N, Sullivan J. Making sense of factor analysis. California: Sage Publications; 2003.
- ⁸ Pestana MH, Gageiro JN. Análise de dados para ciências sociais – A complementaridade do SPSS. 3th ed. Lisboa: Edições Sílabo; 2003.
- ⁹ Hespanhol A, Pereira AC, Pinto AS. Insatisfação profissional em Medicina Geral e Familiar: um problema intrínseco dos médicos ou das condições de trabalho? *Rev Port Clin Geral* 2000;16: 183-189.
- ¹⁰ Cooper CL, Rout U, Fargher B. Mental health, job satisfaction, and job stress among general practitioners. *British Medical Journal* 1989 Feb; 298: 366-370.
- ¹¹ Karsh B, Beasley J, Brown R. Employed family physician satisfaction and commitment to their practice, work group, and health care organization. *Health Serv Res.* 2010 Apr;45(2):457-75.
- ¹² Katerndahl D, Parchman M, Wood R. Perceived Complexity of Care, Perceived Autonomy, and Career Satisfaction Among Primary Care Physicians. *J Am Board Fam Med* 2009;22:24 –33.
- ¹³ Graça, L. (2000) - A Satisfação Profissional dos Médicos de Família no SNS. Parte I. [Internet]; 2000 [cited 2010 Jun 16]; Available: <http://www.ensp.unl.pt/lgraca/> acedido em 27/06/2010.
- ¹⁴ Linzer M, Manwell B, Mundt M et al. Organizational climate, stress, and error in primary care: the MEMO Study. In: Clancy C, ed. *Advances in Patient Safety: From Research to Implementation*. AHRQ Publication No. 050021 (1). Rockville, MD: Agency for

-
- Healthcare Research and Quality; [Internet]; 2005[cited 2010 May 4]; Available: <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/advances/vol1/Linzer.pdf>
- ¹⁵ Scott A, Gravelle H, Simoens S et al. Job Satisfaction and Quitting Intentions: A Structural Model of British General Practitioners. *British Journal of Industrial Relations* 44;3: 519–540.
- ¹⁶ Van Ham I, Verhoeven AA, Groenier KH, Groothoff JW, De Haan J. Job satisfaction among general practitioners: a systematic literature review. *Eur J Gen Pract.* 2006;12(4):174-80.
- ¹⁷ Mira JJ, Vitaller J, Buil JA, Aranaz J, Rodríguez-Marin J. Satisfacción y estrés laboral en médicos generalistas del sistema público de salud. *Atención Primaria* 1994 Dic; 14 (10): 1135-1140.
- ¹⁸ Kushnir T, Cohen AH, Kitai E. Continuing medical education and primary physicians' job stress, burnout and dissatisfaction. *Med Educ* 2000 Jun;34(6):430-6.
- ¹⁹ Whalley D, Bojke C, Gravelle H, Sibbald B. GP job satisfaction in view of contract reform: a national survey. *British Journal of General Practice* 2006; 56: 87–92.
- ²⁰ Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005;83:457-502.
- ²¹ Biscaia A, Martins J, Carreira M, Fronteira I, Antunes A, Ferrinho P. Cuidados de Saúde Primários em Portugal - Reformar para Novos Sucessos (Grande Prémio Fundação AstraZeneca 2005). 2º ed. Lisboa: Padrões Culturais Editora; 2008. 255 p.
- ²² Dennard L, Richardson K, Morçol G (ed). Complexity and policy analysis. Tools and concepts for designing robust policies in a complex world. A volume in the exploring organizational complexity series: volume 2. USA: ISCE Publishing; 2008.
- ²³ Kreitner R, Kinicki A. Organizational behavior. 7 th. Boston: McGraw-Hill Irwin; 2007.
- ²⁴ Alcobia P. Atitudes e satisfação no trabalho. In: Ferreira J, Neves J, Caetano A. ;Manual de psicossociologia das organizações. 1.ª ed. Lisboa: McGraw-Hill; 2001. p. 281-306.
- ²⁵ Metropolitan Health and Aged Care Services Division - Victorian Government Department of Human Service. Better quality, better health care - A Safety and Quality Improvement Framework for Victorian Health Services. Melbourne Victoria: Metropolitan Health and Aged Care Services Division - Victorian Government Department of Human Services 2005. Available: <http://www.health.vic.gov.au/qualitycouncil/downloads/framework.pdf>
- ²⁶ Pathman D, Konrad T, Williams et al. Physician Job satisfaction, job dissatisfaction, and physician turnover. *J Fam Pract* 2002; 51:00 [Internet]; 2002 [cited 2010 Jun 17]; ; 51:00. Available: <http://www.jfponline.com/pdf%2F5107%2F5107JFP%5FJFPOnline2%2Epdf>
- ²⁷ Kankaanranta T, Nummib T, Vainiomäki J et al. The role of job satisfaction, job dissatisfaction and demographic factors on physicians' intentions to switch work sector from public to private. *Health Policy.* 2007 Sep;83(1):50-64.
- ²⁸ Grembowski D, Paschane D, Diehr P et al. Managed care, physician job satisfaction, and the quality of primary care. *J Gen Intern Med.* 2005 Mar;20(3):271-7.
- ²⁹ Meurer LN, Layde PM, Guse CE. Self-rated health status: a new vital sign for primary care? *WMJ.* 2001;100(7):35-9.
- ³⁰ Menec VH, Chipperfield JG, Perry RP. Self-perceptions of Health: a Prospective Analysis of Mortality, Control, and Health. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 1999; 54(2):85-93.
- ³¹ Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav.* 1997 Mar;38(1):21-37.
- ³² Ferreira P. Criação da Versão portuguesa do MOS SF-36. Parte II – Testes de validação. *Acta Médica Portuguesa* 2000;13:119-127.
- ³³ Fairhurst K, May C. What General Practitioners Find Satisfying in Their Work: Implications for Health Care System Reform. *Ann Fam Med* 2006;4:500-505.
- ³⁴ David Mechanic. The Uncertain Future of Primary Medical Care. *Ann Intern Med.* 2009;151:66-67.

-
- ³⁵ Rowe AK, de Savigny D, Lanata CF, Victora CG. How can we achieve and maintain high-quality performance of health workers in low-resource settings? *Lancet*. 2005 Sep 17-23; 366(9490): 1026-35.
- ³⁶ Peters T. *Gerir com imaginação*. Espanha: Rodesa; 2007. 173 p.
- ³⁷ Garcia I. Do capital social ao humano; HSM Online [Internet]. 2009 [cited 2010 Jun 6]. Available: <http://br.hsmglobal.com/notas/54583-do-capital-social-ao-humano>
- ³⁸ Observatório Português Dos Sistemas De Saúde. Relatório ee Primavera 2010 – Desafios em tempos de crise. Acedido em 27/06/2010 em <http://www.observaport.org/rp2010>
- ³⁹ Weiss H. Deconstructing job satisfaction Separating evaluations, beliefs and affective experiences. *Human Resource Management Review*.12 (2002) 173–194.
- ⁴⁰ Botton A. *Alegrias e tristezas do trabalho*. 1.ªed.Alfragide: Publicações Dom Quixote; 2010. 378 p.

8 DA TEORIA À PRÁTICA

O sucesso da implementação de qualquer reforma joga-se essencialmente naquilo que acontecer no terreno. Qualquer reforma efectiva implica sempre uma reforma prévia, a do pensamento, e depende, para a sua implementação, de uma outra reforma, a comportamental – é necessário pensar e agir de outro modo, desactivando automatismos disfuncionais e (re)activando automatismos funcionais. A autonomia, a criatividade, a capacidade de adaptação, a flexibilidade, a plasticidade dos serviços tornam-se palavras-chave dos cuidados de saúde e a gestão eficiente da informação e do conhecimento uma necessidade incontornável. As organizações despontam então como sistemas adaptativos, em resposta a estímulos internos e externos, e a mudança acontecerá, não por força de instruções e planos detalhados, mas por se aumentar a possibilidade de uma adaptação natural às alterações emergentes^{1,2}.

As unidades de cuidados de saúde primários, em tempos de mudança e de reformas, necessitam de conseguir lidar com esta complexidade, mobilizando potenciais criativos e transformadores, desenvolvendo uma alta capacidade de adaptação às necessidades de saúde de uma população, sempre em mudança. A sua actividade tem de se basear num funcionamento flexível, sinérgico, resultante do livre fluxo de informação/conhecimento/energia, num amplo diálogo entre os seus profissionais e com o exterior, rapidez de definição de estratégias e de tomada de decisões assim como capacidade de gestão de conflitos internos e com infra e supra-sistemas com que interagem^{1,2}. Para esta evolução é primordial ter informação e conhecimento para então passar à prática.

A finalidade desta tese não foi somente organizar informação e produzir conhecimento, mas antes desenvolver uma abordagem útil da satisfação no trabalho dos médicos de família a exercer nos centros de saúde portugueses. É essa passagem à prática, essa reforma, que agora se tenta explorar.

8.1 Propostas para a intervenção sobre a satisfação no trabalho dos médicos de família a exercer nos centros de saúde portugueses

Estas propostas cingem-se às que podem decorrer das conclusões desta tese apresentadas na secção 7.3 e que, na opinião do autor, podem ser mais relevantes.

Foram divididas em três grandes áreas:

- transferência do conhecimento a nível micro – o que fazer nos centros de saúde
- transferência do conhecimento aos níveis meso – o que fazer nos ACES e nas ARS
- transferência do conhecimento a nível macro – o que fazer no sistema de saúde e na sociedade portuguesa.
-
-

8.1.1 Transferência do conhecimento a nível micro – o que fazer nos centros de saúde

Os estudos desta tese revelaram que a satisfação no trabalho média dos médicos de família se situava no valor central da escala utilizada, num valor relativamente baixo porque o que se pretende, e é necessário, é que os MF estejam satisfeitos no trabalho. Apesar de alguns autores defenderem que, mais do que procurar níveis muito

altos de satisfação, a atenção se deve focar nos factores que mais insatisfazem os MF porque é esta insatisfação que mais moldará os seus comportamentos³, este é um valor demasiado baixo para não se tentar também aumentá-lo em termos globais.

Esta tese dá suporte à decisão sobre quais as áreas a abordar para melhorar a ST dos MF com maior probabilidade de sucesso^{cxxxii}:

- por um lado, o factor que mais fortemente está correlacionado com a pontuação global da ST – o interesse do trabalho^b; e
- por outro, os que obtêm menores pontuações de ST – pressão e exigência no trabalho (o mais negativo), condições para o exercício profissional e recompensa pelo trabalho^b.

A proposta é atender a todos os seis factores da ST dos MF identificados nesta tese mas com uma aposta mais forte no enriquecimento do trabalho, tornando-o mais interessante para cada MF, num esforço de adequação mútuo organização-MF, e não perturbando esse interesse com uma pressão no trabalho desajustada, com condições de trabalho deficientes ou não recompensando de um modo satisfatório. Os dois factores restantes – adequação ao trabalho e autonomia e ambiente de trabalho – são igualmente essenciais para uma abordagem integrada da ST.

A generalização das USF em modelo B (ver secção 3) para os que a elas queiram aderir, defendida no decorrer dos *focus-groups*^e, parece dar uma resposta integrada em todos estes factores^{b,c,d,e}. Para os que ainda não queiram aderir, o tempo, a evidência crescente, as comparações terão o seu efeito como têm tido ao longo da reforma de 2005- ... como se pode depreender da evolução dos números de adesão (ver secção 3).

Com a generalização das USF em modelo B:

^{cxxxii} Ver no início da secção 7 a correspondência das letras em posição superior à linha.

- enriquecia-se o trabalho com
- melhores condições de trabalho para a componente clínica,
- com uma maior diversificação de actividades para além das estritamente clínicas,
- com melhor informação de retorno dos resultados do trabalho (favorecendo um maior controlo do trabalho e uma maior sensação de adequação para o trabalho),
- com a diminuição ou melhoria processual das tarefas consideradas excessivamente burocráticas (para tal é necessário o cumprimento do previsto no programa estatal *Simplex - Simplificação Administrativa e Legislativa*⁴; este programa, ainda que não incluído directamente na reforma 2005-..., insere-se na mudança concomitante da administração pública e pode implicar melhorias no fluxo de utentes dentro do sistema, na marcação de consultas e na comunicação entre utentes e unidades);
- diminuía-se a pressão no trabalho com mais trabalho em equipa e solidariedade de grupo na assunção das responsabilidades, melhores condições de trabalho e uma dimensão menor (uma das referências nos *focus-groups*⁶) e mais maneável, das unidades de saúde;
- aumentava-se a autonomia ao dar mais liberdade de organização do trabalho;
- melhorava-se o ambiente do trabalho pela auto-selecção e estabilidade temporal das equipas;
- aperfeiçoava-se o sistema remuneratório,
- tornando-o mais sensível ao desempenho,
- promovendo uma maior qualidade , incentivando objectivos específicos, que como se viu no Reino Unido^{5,6} e nos relatórios da contratualização disponíveis é efectivo nesta promoção – ver secção 3.1.1.1),

- favorecendo um maior acesso aos serviços, combatendo as listas de utentes sem MF atribuído ao incentivar o aumento das listas até um limite em que a qualidade ainda não é afectada,,
- estimulando uma maior cooperação entre os profissionais da mesma unidade (ao implementar incentivos que só podem ser alcançados em termos de grupo para além dos que são estritamente individuais)
- promovia-se melhor acesso aos serviços de cuidados de saúde primários por se
- incentivar o aumento das listas através do sistema remuneratório,
- melhorar as condições de trabalho permitindo o aumento das listas de utentes com qualidade e
- aumentar a ST, e, assim, podendo aumentar a capacidade de atracção da especialidade de medicina geral e familiar para mais médicos.

Outra estratégia para captar mais profissionais para as USF e CSP e aumentar a sua ST, pode passar pela abertura das USF em modelo C. Este modelo implica um contrato de gestão mais completo de USF, que pode abranger USF dos sectores social, cooperativo e privado, articuladas com o centro de saúde, mas sem qualquer dependência hierárquica deste, baseando a sua actividade num contrato-programa estabelecido com a ARS. A polarização das posições em relação ao sector privado na saúde, revelada nos *focus-groups*^e e a constatação de que o grupo dos MF que exercem clínica privada para além da sua actividade nos CS estatais mostra diferenças quanto à sua ST ^b, favorece que se proponha a abertura deste modelo C. Por outro lado, também se introduzia diversidade no sistema– uma condição para políticas mais adaptativas (ver secção 1)⁷.

A esta generalização das USF em modelo B deveria ser acoplada uma outra estratégia direccionada à inovação e à melhoria da

qualidade que também decorre quer da bibliografia científica quer dos resultados desta tese^{c,e} (quando se solicitava mais e melhor informação, mais e melhor formação, mais e melhor informação de retorno em relação ao trabalho realizado, a criação e implementação de normas para a prática clínica ou o fomento da investigação nos centros de saúde): a transformação das USF, dos centros de saúde, dos ACES e das ARS em organizações de aprendizagem.

Organizações de aprendizagem, como já se referiu (ver secção 2.1.2.1 e 2.1.3.1), não são apenas organizações em que há estímulos à aprendizagem individual, mas organizações que fazem da aprendizagem uma característica nuclear da organização. Nestas organizações, o conhecimento acumulado por cada profissional é assimilado e ampliado pela organização, influenciando e melhorando as suas normas, rotinas e até a sua estrutura^{1,2}. São organizações que se situam como sistemas abertos, ligados em rede a outros sistemas, criando relações ecológicas e sinérgicas que levam a mais processos de aprendizagem numa espiral de desenvolvimento. As organizações de aprendizagem expandem continuamente a sua capacidade de criar o seu próprio futuro⁸.

As organizações de aprendizagem não se focam apenas na acumulação de conhecimento, mas também no desenvolvimento de rotinas de aprendizagem produtivas. Estas rotinas podem desencadear-se em três níveis, o mais básico sendo aquele em que a identificação dos erros leva à sua correcção, um segundo nível em que há capacidade para se questionarem os objectivos, normas e estrutura da organização e inovar, e um terceiro nível que reflecte sobre o contexto da própria aprendizagem e em que se aprende sobre como se aprende - a meta-aprendizagem - e se tira disso partido em situações futuras.^{1,2} Estas rotinas de aprendizagem têm de

ser baseadas num auto-conhecimento que seja relevante, compreendendo nomeadamente a cultura em que se opera.

A criação deste enquadramento de aprendizagem e o potenciar destas rotinas de aprendizagem, no fundo o fomento da evolução das unidades de saúde para este paradigma das organizações de aprendizagem é a linha orientadora do modelo que se apresentou na secção 6.3.3.3 - o Pentágono da Qualidade (PQ)^{cxxxiii} – propondo-se que se considere a sua adopção para outras unidades de cuidados de saúde primários. O PQ (ver secção 6.3) para uma descrição mais detalhada) é um sistema da qualidade para os centros de saúde desenvolvido no CS de Cascais pelo autor desta tese e implementado há três anos na USF Marginal do ACES de Cascais. O PQ destina-se a enquadrar a gestão da qualidade da unidade e baseia-se numa abordagem integrada, sistemática e preventiva, das áreas-chave da actividade que possam afectar a qualidade do serviço prestado pela organização de saúde. É um modelo com grande plasticidade, que se centra na estrutura e processos das unidades em que é aplicado e que foi implementado com sucesso numa USF durante três anos (e as versões dele precursoras durante dez anos num CS – ver secção 6.3.2.3).

Generalização das USF em modelo B e a evolução das unidades de cuidados de saúde primários para organizações de aprendizagem – duas medidas mas uma grande agenda de mudança.

^{cxxxiii} O PQ foi identificado como uma inovação no Banco de Inovação em Saúde (uma base de dados online que pretende divulgar projectos inovadores em saúde que resulta duma parceria entre a Associação Europeia de Saúde Pública, a Associação Portuguesa para a Promoção da Saúde Pública, a Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, a Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa e o Ministério da Saúde); Foi ainda referido no 1º relatório do Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários de Fevereiro 2009.

8.1.2 Transferência do conhecimento a nível meso – o que fazer nos ACES e nas ARS

A primeira medida já foi referida: a evolução dos ACES e das ARS para organizações de aprendizagem.

A segunda medida, resultando a sua proposta das várias considerações sobre os rácios inadequados entre os vários tipos de profissionais dos CSP e destes em relação aos utentes assim como das associações entre ST dos MF e, por ex, o número de enfermeiros, favorece uma decisão no sentido de uma maior monitorização da situação dos recursos humanos de saúde a nível não só nacional mas também regional – por ex. através de observatórios nacionais e regionais que envolvam instituições estatais mas também associações profissionais e sindicatos - e a implementação de um instrumento de gestão em uso em outros países - os planos nacionais e regionais de recursos humanos de saúde. Estas duas medidas poderiam apoiar no processo de gestão dos recursos humanos da saúde no curto, médio e longo prazo e criar um clima de compromisso entre todas as partes interessadas.

Incluída nesta monitorização dos recursos humanos da saúde deverão constar instrumentos de medida da satisfação no trabalho adequados às várias populações de profissionais, assim como a medição das condições de exercício e de variáveis que se sabe com ela estarem associadas (ver secções 7.2 e 7.3). À medida que os sistemas de informação forem evoluindo, pode-se considerar a introdução de outras variáveis nomeadamente ligadas ao desempenho dos profissionais e à qualidade dos serviços de saúde. Outras variáveis que podem ser importantes são as ligadas à saúde e qualidade de vida dos profissionais e, ainda, outras como o *turnover*.

A avaliação do desempenho merece um destaque. A avaliação de desempenho assim como a supervisão podem ser bem aceites e até desejáveis como se depreende dos *focus-groups*^e. Mas também, como se viu nos *focus-groups*^e não a qualquer custo. Para que a supervisão e a avaliação do desempenho possam ser bem aceites têm de ter qualidade e essa qualidade é possível se:

- as chefias que as vão realizar tiverem sido escolhidas para os seus lugares pelos seus projectos^e para aquelas unidades, assim como pelo seu prestígio e competência (neste ponto está implícita a valorização das chefias intermédias^e que poderia passar por remunerar a função);
- alicerçadas em modelos de avaliação e supervisão adequados, não centrados na “caça ao erro”^e;
- suportadas por sistemas de informação fiáveis e úteis para esse fim;
- for efectuada a formação necessária dos avaliadores^e.

Também deveria ser feito o esforço de melhorar o foco e a definição dos objectivos das unidades de CSP para essa avaliação de desempenho, adicionando à contabilização de diagnósticos e terapêuticas os aspectos interpessoais dos cuidados e resultados mais holísticos como o restabelecimento da pessoa total por ex. através de medidas da qualidade de vida – objectivos mais alinhados com a essência da medicina geral e familiar.

Um modelo de supervisão e avaliação do desempenho dos MF que já está em curso é o existente nas USF e é um modelo com grandes probabilidades de sucesso porque tratada interpares. As USF , sendo de pequenas dimensões e tendo objectivos e metas a cumprir a que estão acoplados incentivos, nomeadamente financeiros, que só

podem ser alcançados em grupo favorecem a supervisão e avaliação do desempenho interpares. Por outro lado, as USF são obrigados contratualmente a efectuar uma auditoria interna todos os anos.

Acoplada a este movimento pela supervisão e avaliação do desempenho teria de estar uma estratégia global de formação dos recursos humanos focada nas verdadeiras necessidades de formação de profissionais e serviços^e incluindo também o desenvolvimento de competências sociais e gestionárias dos MF - gestão do tempo, de pessoas e de organização do trabalho - áreas relevantes para a ST por terem o potencial de reduzir conflitos dentro da organização e na interface família/trabalho.

A proposta é promover a avaliação do desempenho, mais do que como um dever ,que também o é, como um direito dos MF e dos ACES – o direito de poderem demonstrar como estão a trabalhar.

A degradação dos edifícios de muitas das unidades de cuidados de saúde primários, identificada no estudo 2 e referida por muitos dos MF nos estudos desta tese, apela a um plano nacional de requalificação e de conservação destas unidades com os objectivos de erradicar os edifícios adaptados e melhorar as condições de conforto e de exercício das unidades existentes. Deve ser, ainda, objectivo um gabinete por profissional de saúde para possibilitar uma maior flexibilização dos horários e a personalização dos espaços e assim aumentar a ST dos profissionais.

Esta requalificação dos edifícios poderia ser igualmente importante para reforçar uma imagem positiva dos CSP – uma marca de qualidade.

A última medida é das mais essenciais e foca-se na deficiente ou ausência total de acompanhamento da saúde dos profissionais nos

centros de saúde; mitiga-se com a monitorização das condições de exercício e satisfação no trabalho assim como com o desenvolvimento de mais serviços de suporte aos médicos de família no sentido de preservar e melhorar a sua saúde, nomeadamente a mental.

8.1.3 Transferência do conhecimento a nível macro – o que fazer no sistema de saúde

Para além do já mencionado plano nacional de recursos humanos da saúde e da generalização da reforma dos CSP 2005-..., podem-se preconizar três grandes medidas:

- o desenvolvimento de sistemas de informação mais úteis para todas as partes envolvidas;
- o fomento de mais investigação em serviços de saúde;
- o reforço da orientação do sistema de saúde para os CSP.

Todas estas três medidas tiveram eco nos *focus groups* e os estudos desta tese e a revisão bibliográfica efectuada reforçam-nas como opções relevantes. São três medidas que devem funcionar em bloco e que irão melhorar, em muito, o sistema e torná-lo mais satisfatório para todos.

Sistemas de informação mais úteis permitirão conhecer melhor o sistema de saúde e a suas interfaces internas e com as comunidades que com ele interagem, apoiarão a tomada de decisão técnica, clínica, administrativa, gestonária, financeira, política e permitirão a transparência dando um impulso democrático ao sistema. Permitirão também melhor investigação em serviços de saúde que terá de ser, mesmo assim, incentivada porque dela poderá vir a inovação que

poderá fazer a diferença. Diferença como a que fez, por exemplo, a tomada de decisão que levou à orientação do sistema para os cuidados de saúde primários com todos os ganhos bem visíveis nos indicadores de saúde das últimas décadas.

É destas decisões que os médicos de família, os cuidados de saúde primários e todo o sistema de saúde necessitam para cumprir o seu potencial.

Nota Final

Há uns anos atrás num curso de arte moderna e contemporânea que a Distrital de Lisboa da Associação Portuguesa dos Médicos de Família organizou quando o autor desta tese a coordenava, numa das sessões, perguntou-se ao prelector quando é que se sabia que um quadro estava terminado.. É sempre possível juntar mais um traço, mais uma cor! Na resposta, citou um pintor “quando o quadro me deixa de oprimir!” Esta tese está terminada. E o autor está, sem dúvida, menos oprimido. Foi um trajecto longo, praticamente o da carreira profissional do autor. O que nesta tese se tratou foram quase todos os assuntos que, profissionalmente, mais o interessaram - a complexidade, a salutogénese, a qualidade de vida, os cuidados de saúde primários, as organizações, a investigação, a qualidade - e os mais perenes - a satisfação no trabalho e as pessoas. A motivação para terminar a tese foi, por um lado, fazer algo de difícil – o desafio – e foi, por outro, tentar cumprir o objectivo primordial de um doutoramento, como mo lembrou um amigo, ficar mais douto. Se o autor o conseguiu, logo se verá, mas seguramente aprendeu muito, lendo mas principalmente ouvindo, falando, vendo, fazendo, reflectindo, vivendo. Ficou, acima de tudo, satisfeito.

Obrigado

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Rushmer R, Kelly D, Lough M, Wilkinson JE, Davies HT. Introducing the Learning Practice – I. The characteristics of learning organizations in Primary Care. *J Eval Clin Pract* 2004 Aug;10 (3): 375-86.
- 2 Biscaia A. A reforma dos cuidados de saúde primários e a reforma do pensamento. *Rev Port Clin Geral* 2006; 22:67-79.
- 3 Pathman D, Konrad T, Williams et al. Physician Job satisfaction, job dissatisfaction, and physician turnover. *J Fam Pract* 2002; 51:00 [Internet]; 2002 [cited 2010 Jun 17]; ; 51:00. Available:
<http://www.jfponline.com/pdf%2F5107%2F5107JFP%5FJFPOnline2%2Epdf>
- 4 O Simplex na saúde. Acedido em 02/08/2010 em
<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/arquivo/20lex+saude.htm>
- 5 Roland M. Linking Physicians' Pay to the Quality of Care — A Major Experiment in the United Kingdom. *n engl j med* 2004 [Internet]; 2004 [cited 2010 Apr 24]; 351;14. Available: www.nejm.org
- 6 Roland M, Campbell S, Bailey N et al. The Financial incentives to improve the quality of primary care in the UK: predicting the consequences of change. *Primary Health Care Research and Development* 2006; 7: 18–26.
- 7 Swanson D, Barg S, Tyler S et al. Seven guidelines for policy-making in an uncertain world. In *Creating adaptive policies. A guide for policy-making in an uncertain world*. Darren Swanson, Suruchi Bhadwal ed. New Delhi:Sage Publications.2009; 168 p.
- 8 Schrum B. Leadership and learning in health care. *MGMA Connex*. 2005 Aug;5(7):38-41.

ANDRÉ ROSA BISCAIA

Satisfação no Trabalho dos Médicos de Família dos Centros de Saúde Portugueses

**Tese para prestação de provas de doutoramento
SAÚDE INTERNACIONAL
POLÍTICAS DE SAÚDE E DESENVOLVIMENTO**

**Orientador
Professor Doutor Paulo de Lyz Girou Martins Ferrinho**

**Comissão Tutorial
Professor Doutor Armando José de Oliveira Brito de Sá
Professor Doutor Wim Van Lerberghe**

ANEXOS

**Lisboa, 2010
INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL
UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA**

ANDRÉ ROSA BISCAIA

Satisfação no Trabalho dos Médicos de Família dos Centros de Saúde Portugueses

Tese para prestação de provas de doutoramento
SAÚDE INTERNACIONAL
POLÍTICAS DE SAÚDE E DESENVOLVIMENTO

ANEXOS

Lisboa, 2010

INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

Índice de Anexos

Pg

Anexo 1 Relatório da área da qualidade da USF Marginal do ACES de Cascais	2
Anexo 2 Versão em papel do questionário de medição da satisfação no trabalho dos médicos de família	39
Anexo 3 Critérios utilizados para avaliação das condições técnicas para a actividade dos médicos de família nos centros de saúde	57
Anexo 4 Lista de variáveis utilizadas nos vários estudos desta tese	63
Anexo 5 Consentimento informado para a participação nos <i>focus-groups</i>	73
Anexo 6 PRO-SATIS - Aplicação informática para produção automática, dinâmica e personalizada de relatórios	74
Anexo 7 Variáveis utilizados para a criação dos modelos de regressão linear múltipla	76
Anexo 8 Resultados totais da análise de conteúdo das questões de resposta aberta – áreas a mudar no local de trabalho e fontes de stresse no local de trabalho do questionário do Estudo 2	78
Anexo 9 Guião para os <i>focus-groups</i> sobre satisfação no trabalho dos médicos de família	114
Anexo 10 Análise de conteúdo dos <i>focus-groups</i>	116

Anexo 1 – Relatório da área da qualidade da USF Marginal do ACES de Cascais

Para consultar o relatório na totalidade ir a

http://www.usfmarginal.com/?page_id=74

Secção da área da qualidade do relatório de actividades da USF Marginal do ACES de Cascais

7.12 Desenvolvimento da Qualidade

A finalidade do Núcleo da Qualidade é dinamizar a evolução da USF Marginal (USFM) para os parâmetros que, sucessivamente, forem considerados os da excelência na prestação de serviços de saúde.

A actuação do Núcleo da Qualidade da USFM tem como referência o “Pentágono Virtuoso da Qualidade – Qualidade para Todos”¹ (PVQ) desenvolvido no Centro de Saúde de Cascais. PVQ é um programa de melhoria contínua da qualidade baseado numa

¹ O PVQ foi identificado como uma inovação no Banco de Inovação em Saúde (uma base de dados online que pretende divulgar projectos inovadores em saúde que resulta duma parceria entre a Associação Europeia de Saúde Pública, a Associação Portuguesa para a Promoção da Saúde Pública, a Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, a Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa e o Ministério da Saúde); Foi ainda referido no 1º relatório do Grupo Consultivo para a Reforma Dos Cuidados de Saúde Primários de Fevereiro 2009.

abordagem integrada, sistemática e preventiva das áreas-chave da actividade que possam afectar a qualidade do serviço prestado pela organização de saúde. O referencial teórico é o modelo “PDCA – Plan-Do-Check-Act²” e, em termos operacionais, o PVQ centra-se em processos adaptados à realidade da organização em que é aplicado e que são mantidos do modo mais simples que seja possível, no sentido de assegurar a melhor relação entre os recursos requeridos para os implementar e os resultados que com eles se conseguem obter.

O PVQ tem como elemento central o cidadão integrado na dinâmica interdependente comunidade-profissionais-organização de saúde e desenrola-se segundo três eixos-major: satisfação do cidadão, desempenho profissional e qualidade organizacional.

Centrando a atenção nestes três eixos, o primeiro - **satisfação do cidadão** – é um dos objectivos primordiais de qualquer USF ou centro de saúde. Esta satisfação do cidadão relaciona-se, entre outros aspectos, com a percepção dos cidadãos sobre o grau em que as suas necessidades de saúde sentidas e preferências de atendimento são levadas em conta. No entanto, as necessidades de saúde têm uma especificidade própria – integram as prioridades e as preferências do cidadão que procura os cuidados, mas também as dimensões técnicas da definição de uma necessidade de saúde cientificamente sustentada e só apreensível na sua globalidade pela interacção cidadão/profissional de saúde/sistema de saúde.

O **desempenho profissional** é o segundo eixo porque é a face mais visível da actividade e dele depende o sucesso e a qualidade de toda a unidade de saúde. Tem uma dimensão

² PDCA ou PDSA – Plan-Do-Study-Act: Planear (reconhecer uma oportunidade e planear uma mudança; definir a problemática e identificar a respectiva teia relacional/causal; estabelecer os objectivos, os processos e as sinergias necessários para obter os resultados esperados); Fazer (implementar as soluções em áreas - piloto); Estudar (medir os resultados com as soluções adoptadas e comparar com os resultados esperados); Agir (analisar as diferenças para determinar as suas causas; determinar o que mudar para melhorar; refinar o processo; repetir os ciclos, até se conseguir a melhoria; identificar alterações sistémicas e necessidades formativas; adoptar as soluções; planear uma monitorização permanente) ref <http://en.wikipedia.org/wiki/PDCA>; <http://www.isixsigma.com/offsite.asp?A=Fr&Url=http://quality.enr.state.nc.us/tools/pdca.htm>

técnica, contingências tecnológicas e suporta-se na motivação dos profissionais para o trabalho (em que a satisfação profissional surge como um componente fundamental).

O terceiro eixo, a **qualidade organizacional**, é o que dá suporte a toda a actividade da unidade, tornando acessíveis, no momento necessário, os meios adequados para a acção da unidade e estruturando os processos de planeamento, monitorização e avaliação da actividade; possibilita, igualmente, uma utilização mais eficiente do conhecimento, da tecnologia, dos recursos humanos e do contexto onde a unidade se insere; a importância da qualidade organizacional emerge ainda do seu papel no estabelecimento das condições para um trabalho em equipa dentro da unidade, em rede com os diferentes elementos do sistema de saúde e da sociedade e promovendo um envolvimento activo dos cidadãos e dos profissionais na vida da unidade.

Para além destes três eixos-major, a acção do Núcleo da Qualidade apoia-se em duas áreas processuais e instrumentais – a **medição/monitorização** e a **análise/reflexão**. Uma organização que não seja capaz de medir o que faz e, depois, reflectir de um modo útil sobre os processos adoptados e os resultados obtidos, nunca poderá ter um desempenho de qualidade e, muito menos, evoluir ou inovar. Estas capacidades – medir o que se faz e como se faz para depois analisar e reflectir sobre a actividade – são características essenciais de uma organização aprendente. As organizações aprendentes são organizações que fazem da aprendizagem uma característica nuclear da sua actividade e que aperfeiçoam rotinas de aprendizagem produtivas que lhes permitem serem exigentes, críticas, interna e externamente, proactiva e inovadora. Estas rotinas de aprendizagem incluem: a identificação dos erros e sua correcção; o questionar o que se faz

e como é feito e inovar; e a meta-aprendizagem - aprender como se aprende, para o fazer cada vez melhor³.

Na área da medição foram escolhidos e, quando necessário, construídos instrumentos de medição adequados à monitorização dos objectivos estabelecidos e às populações em que são aplicados, de baixo peso (em termos de recursos financeiros, materiais e de tempo) assim como metodologias de investigação capazes de fornecer resultados transformáveis em conhecimento, decisões e acção, dando-se particular relevância à investigação-acção⁴.

Na área da análise/reflexão, a constituição de “amplos espaços de conversação” dentro da unidade em que a convivência, a intereducação (aprender com os outros) e a intergeração de ideias são cultivadas, foi o caminho adoptado: um programa exigente de reuniões de serviço e formação (ver a secção da formação) e a constituição de grupos de discussão na Internet, sectoriais e abertos a todos os profissionais.

Estes três eixos fundamentais e as duas áreas processuais constituem os cinco vértices do “pentágono virtuoso da qualidade” que tem como centro o complexo cidadão-comunidade-profissionais-organização de saúde em constante interacção e evolução. Todo este modelo de abordagem e actuação está orientado para a acção: para a consecução de objectivos, para a produção de resultados, para que a unidade possa potenciar ganhos em saúde (ver figura abaixo).

³ - Ferrão A, Biscaia A. Centros de Saúde - organização de aprendizagem. Rev Port Clin Geral 2006; 22:91-5.

⁴ - Investigação-acção – trata-se de investigação em que há uma acção deliberada de transformação da realidade; existe o duplo objectivo de transformar a realidade e produzir os conhecimentos que dizem respeito às transformações realizadas (http://fr.wikipedia.org/wiki/Recherche-action#Essais_de_d.C3.A9finition, acedida em 22/3/2009 Wikipedia, citando Hugon et Seibel, 1988)

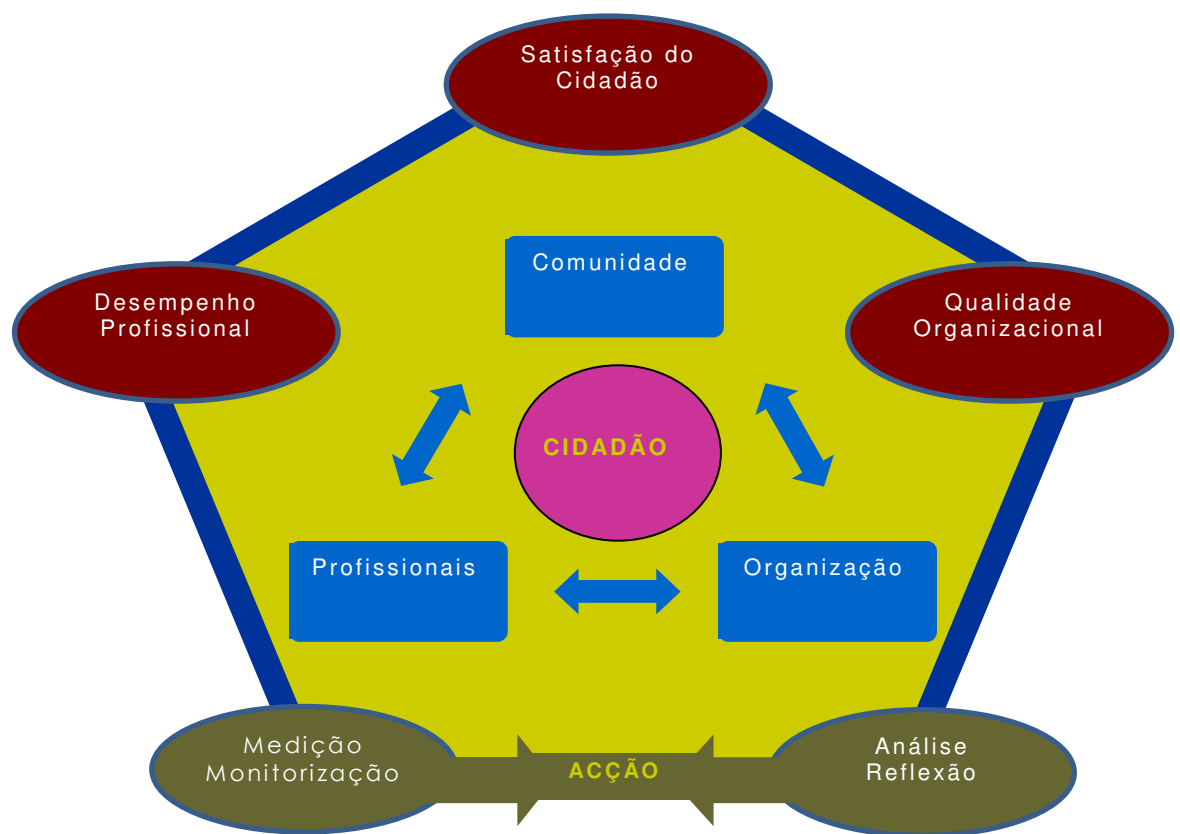


Ilustração 13
Pentágono Virtuoso da Qualidade – Qualidade para Todos

População Alvo

Todos os cidadãos inscritos na USFM e todos os profissionais da USFM.

Objectivos, Indicadores e Metas

Este terceiro ano de actividade caracterizou-se pela consolidação do Núcleo da Qualidade, das suas metodologias e suportes de actuação e pelo fortalecimento de rotinas.

O cumprimento dos objectivos e metas são apresentados em referência às metas estabelecidas no Plano de Actividades 2008-2010 da USF Marginal.

Quadro 32

Desenvolvimento da Qualidade - Objectivos

Áreas	Objectivos
A – Satisfação do cidadão	<p>Dar a melhor resposta possível às necessidades dos cidadãos das comunidades abrangidas pela USFM:</p> <p>A.1 – Constituir e/ou manter o grupo de discussão “Cidadãos da USFM”</p> <p>A.2 - Realizar reuniões entre cidadãos e profissionais da USFM;</p> <p>A.3 – Avaliar as áreas de satisfação/insatisfação dos cidadãos com a actividade da USFM;</p> <p>A.4 – Diminuir ou manter o número de reclamações de cidadãos consideradas justificadas pela USFM em relação ao ano anterior.</p>
B– Desempenho profissional	<p>Motivar os profissionais da USFM para um exercício permanente de qualidade:</p> <p>B.1 – Constituir círculos da qualidade baseados em boas práticas identificadas;</p> <p>B.2 – Avaliar a satisfação no trabalho dos profissionais da USFM.</p>
C - Qualidade organizacional	<p>Optimizar a qualidade organizacional da USFM:</p> <p>C.1 – Proceder à avaliação da qualidade organizacional através da metodologia MoniQuOr (e cumprimento de metas para cada uma das seis áreas);</p> <p>C.2 – Proceder à execução de auditorias internas na USFM</p> <p>C.3 – Proceder à avaliação dos fornecedores da USFM;</p> <p>C.4 - Proceder a uma avaliação intermédia do cumprimento das metas do plano de acção da USFM</p>

Quadro 33

Satisfação do Cidadão - dar a melhor resposta possível às necessidades dos cidadãos das comunidades abrangidas pela USFM

Indicador		Cumprimento 2007	Cumprimento 2008	Cumprimento 2009	Meta 2009
Ref.	Denominação				
-	A.1 – Constituir e/ou manter o grupo de discussão “Cidadãos da USFM” (Sim ou Não)	Não	Não	Não	Sim
3.1.1	A.2 - Realizar reuniões entre Cidadãos e Profissionais USFM? (Sim ou Não)	Não	Não	Não	Sim

A.3 – Avaliar as áreas de satisfação / insatisfação dos cidadãos com a actividade da USFM

Foi efectuado um estudo que avaliou as áreas de satisfação / insatisfação dos cidadãos com a actividade da USF Marginal (Outubro de 2009) utilizando um questionário elaborado pelo Núcleo da Qualidade da USF Marginal com base no questionário Europep⁵.

⁵ Este questionário é adaptado do Questionário Europep do Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra e do Instituto da Qualidade em Saúde (Direcção-Geral da Saúde, editores. Instrumentos para a melhoria contínua da qualidade. 1ªed. Coimbra: G.C. – Gráfica de Coimbra, lda; 1999.)

O questionário utilizado tem sete secções, as três primeiras direccionadas para os três grupos profissionais – médicos, enfermeiros e secretários clínicos - com o mesmo conjunto de nove questões para os dois primeiros grupos: satisfação com a pontualidade, horário de atendimento, competência, simpatia, preocupação demonstrada com a sua saúde, respeito com que se sentiu tratado, privacidade, rapidez no atendimento e serviço ao domicílio; o grupo dos administrativos tem apenas as primeiras oito questões já que os cuidados no domicílio não se aplicam neste grupo. A quarta secção diz respeito a serviços mais relacionados com a organização geral da unidade e os serviços de apoio. A quinta secção é uma avaliação global da unidade e dos médicos de família. A sexta é uma questão de resposta aberta para comentários e avaliação de áreas não contempladas até aí e consideradas relevantes pelos inquiridos. A última secção contém questões de caracterização sociodemográfica dos respondentes.

Foi escolhido um dia para a avaliação, tendo sido entregue o questionário a um em cada quatro utentes que recorreram à USF Marginal ao longo de todo o horário de funcionamento desse dia, desde que já tivessem alguma vez vindo a uma consulta médica ou de enfermagem e que tivessem idade superior a 15 anos ou fossem pais a acompanhar filhos com idade inferior a 15 anos (nestes casos, as respostas eram fornecidas tendo em conta os cuidados com os filhos, colocando os dados de identificação dos filhos). Os questionários foram entregues pelos administrativos no balcão de atendimento por onde todos os utentes têm de passar para qualquer actividade na USF. Ninguém se recusou a responder mas nem todos devolveram o questionário respondido, situando-se a taxa de resposta nos 98,0% (correspondendo a 60 questionários).

Apresentam-se, de seguida, os resultados dos indicadores contratualizados, os resultados de cada grupo profissional, os relativos à organização geral para estes indicadores, os

resultados das duas questões que reflectem uma avaliação mais global da USFM e as conclusões. O relatório completo encontra-se disponível na Coordenação da USFM.

No Quadro 34 é apresentado o grau de cumprimento dos indicadores propostos e dos contratualizados para esta área. Alcançou-se um resultado que se considera bastante bom, atingindo-se 55% de respostas nas duas classes mais altas de uma escala com 5 classes em 24 das 34 questões, correspondendo a 71% do total das questões. Este valor situa-se acima da meta proposta para 2009 e representa um aumento de 9% em relação a 2008 e de 18% em relação a 2007.

Focando a atenção em cada grupo profissional (ver Quadro 35), é de referir que no grupo dos médicos e dos enfermeiros, conseguiu-se obter 55% de respostas nas duas classes mais altas da escala com 5 classes - em 8 das 9 questões para os enfermeiros, 7 das 9 no caso dos médicos e, no caso dos secretários clínicos, em 6 das 8 questões. Para o grupo de secretários clínicos entre a avaliação de 2007 e a actual registou-se um aumento de 1 para 6 questões com 55% de respostas nas duas classes mais altas da escala, denotando uma evolução fortemente positiva. Este grupo profissional tem uma sobrecarga de trabalho decorrente de ter sido dimensionado para um cenário em que existiria mais apoio tecnológico (uma central telefónica mais funcional, um “kiosque” informático administrativo e um portal para marcação de consultas) que não existe passados três anos para além de uma desburocratização administrativa anunciada mas nunca implementada. Esta sobrecarga afecta a qualidade do seu trabalho e prejudica toda a unidade. No entanto, a facilidade em marcar uma consulta tem vindo a aumentar.

Quadro 34**Satisfação do Cidadão – Cumprimento dos objectivos por anos I**

Indicador		Cumprimento 2007	Cumprimento 2008	Cumprimento 2009	Meta 2009
Ref.	Denominação				
-	A.3 – Avaliar as áreas de satisfação/insatisfação dos cidadãos com a actividade da USFM pelo menos uma vez por ano ? (Sim ou Não)	Sim	Sim	Sim	Sim
3.1.1	A.3.1 – Percentagem de utilizadores satisfeitos/muito satisfeitos com a USFM - operacionalizada como o quociente entre o número de questões com uma percentagem igual ou superior a 55% de respostas “muito boa” ou “excelente”* e o total de questões do questionário de identificação de áreas de satisfação/insatisfação dos cidadãos da USFM *	18/34 (53%)**	21/34 (62%)	24/34 (71%)	22/34 (65%)

* A escala utilizada tem cinco classes - “má”, “razoável”, “boa”, “muito boa” ou “excelente” - num questionário com 34 questões baseado no questionário Europep, avaliando o desempenho dos médicos (9 questões), dos enfermeiros (9 questões), dos secretários clínicos (8 questões) e a USF Marginal em geral (8 questões).

** Avaliação efectuada no final do terceiro mês de actividade e do sétimo mês de actividade (obteve-se o mesmo resultado).

Na secção das questões dos serviços mais relacionados com a organização geral das unidades e os serviços de apoio obteve-se 55% de respostas nas duas classes mais altas da escala com 5 classes em 3 das 8 questões, mas registou-se um aumento 1 para 3 questões com 55% de respostas nas duas classes mais altas da escala, denotando uma evolução positiva em relação a 2007. As áreas mais negativamente avaliadas foram as correspondentes à facilidade em falar pelo telefone para a Unidade e a facilidade em falar pelo telefone com o médico de família na Unidade com, respectivamente, 33,3% e 30,0% nas duas classes mais negativas da escala, tornando a área do atendimento telefónico aquela em que é necessário investir mais esforços de melhoria. A esta situação não é alheio o facto de a central telefónica em uso estar obsoleta e não ter havido ainda resposta para as solicitações da USFM no sentido de a substituir. A área seguinte pior avaliada foi a correspondente ao tempo na sala de espera para se ser atendido na Unidade com 28,3% de respostas nas duas classes mais negativas da escala. Todos os utentes têm consultas com hora marcada mesmo os com consulta do dia ou de intersubstituição. É, no entanto, uma situação que não é possível objectivar, dado não estar disponível ainda o “kiosque” informático para apoio administrativo requerido há cerca de três anos.

Quadro 35**Satisfação do Cidadão – Cumprimento dos objectivos por anos II**

Indicador	2007	2008	2009
Denominação			
A.1.1 – Percentagem de utilizadores satisfeitos/muito satisfeitos com a USFM - operacionalizada como o quociente entre o número de questões com uma percentagem igual ou superior a 55% de respostas “muito boa” ou “excelente” e o total de questões do questionário de identificação de áreas de satisfação/insatisfação dos cidadãos da USFM relativas aos médicos	7/9 (78%)	8/9 (89%)	7/9 (78%)
A.1.1 – Percentagem de utilizadores satisfeitos/muito satisfeitos com a USFM - operacionalizada como o quociente entre o número de questões com uma percentagem igual ou superior a 55% de respostas “muito boa” ou “excelente” e o total de questões do questionário de identificação de áreas de satisfação/insatisfação dos cidadãos da USFM relativas aos enfermeiros	9/9 (100%)	9/9 (100%)	8/9 (89%)
A.1.1 – Percentagem de utilizadores satisfeitos/muito satisfeitos com a USFM - operacionalizada como o quociente entre o número de questões com uma percentagem igual ou superior a 55% de respostas “muito boa” ou “excelente” e o total de questões do questionário de identificação de áreas de satisfação/insatisfação dos cidadãos da USFM relativas aos secretários clínicos	0/8 (0%)	1/8 (13%)	6/8 (75%)
A.1.1 – Percentagem de utilizadores satisfeitos/muito satisfeitos com a USFM - operacionalizada como o quociente entre o número de questões com uma percentagem igual ou superior a 55% de respostas “muito boa” ou “excelente” e o total de questões do questionário de identificação de áreas de satisfação/insatisfação dos cidadãos da USFM relativas à organização geral	2/8 (25%)	3/8 (38%)	3/8 (38%)

Para as questões que reflectem uma avaliação mais global das unidades, constata-se (como se vê no Quadro 36) uma melhoria contínua entre as três avaliações da USFM. É de referir que as duas classes mais positivas acumulam, nas avaliações de 2009, um valor de 100% nas duas questões “Não vejo qualquer razão para mudar para outro médico de família ” e “Não vejo qualquer razão para mudar para outro centro de saúde” indicando, portanto, um nível alto de satisfação. É de referir, igualmente, que, apesar de uma quebra na classe mais alta, se registou, em termos gerais, uma melhoria em relação aos valores obtidos em 2007 e 2008.

Quadro 36

Satisfação do Cidadão – Cumprimento dos objectivos por anos III

Questão		USF Marginal Nov 2007	USF Marginal Dez 2008	USF Marginal Dez 2009
36 - Não vejo qualquer razão para mudar para outro médico de família	Concordo muito	43,9%	71,4%	48,1%
	Concordo	36,6%	14,3%	51,9%
	Nem concordo nem discordo	4,9%	8,6%	0,0%
	Discordo	12,2%	5,7%	0,0%
	Discordo muito	2,4%	0,0%	0,0%
38 - Não vejo qualquer razão para mudar para outro centro de saúde	Concordo muito	48,8%	71,4%	53,8%
	Concordo	34,1%	20,0%	46,2 %
	Nem concordo nem discordo	4,9%	2,9%	0,0%
	Discordo	7,3%	5,7%	0,0%
	Discordo muito	4,9%	0,0%	0,0%

Apenas nas questões “29 - A facilidade em falar pelo telefone para a USF Marginal é” e “30 - A facilidade em falar pelo telefone com o médico de família na USF Marginal é” se obteve um resultado igual ou superior a 5% na classe de resposta mais baixa “Má” da escala de cinco classes utilizada; em todas as outras questões o valor alcançado foi menor.

Como conclusão geral, pode-se dizer que a USFM registou ganhos substanciais quanto à satisfação dos cidadãos com o seu funcionamento em relação ao obtido no ano anterior.

Duas áreas parecem necessitar de uma abordagem mais intensiva na USFM: o sistema telefónico da USFM e o tempo de espera antes da consulta.

Quadro 37

Análise das reclamações de cidadãos sobre a actividade da USFM

Indicador		Cumprimento 2007	Cumprimento 2008	Cumprimento 2009	Meta 2009
Ref.	Denominação				
-	A.2 – Proceder à análise das reclamações efectuadas em relação à USFM ? (Sim ou Não)	Sim	Sim	Sim	Sim
3.1.2	A.2.1 - Nº de reclamações escritas por 10.000 contactos	3,3 reclamações por 10.000 contactos (10 reclamações/ 30.366 contactos)	1,6 reclamações por 10.000 contactos (9 reclamações/ 55278 contactos)	1,3 reclamações por 10.000 contactos (9 reclamações/ 68260 contactos)	4 reclamações por 10.000 contactos

Foram efectuadas nove reclamações no “Livro de Reclamações” da USFM durante o ano de 2009 numa razão de 1,3 reclamações por 10.000 contactos, valor melhor do que o de 2008 e abaixo da meta prevista. Os tópicos das reclamações foram a falta de climatização na USFM (1), a relação secretário clínico-utente (1), a relação médico-utente(2), a transcrição de exames (2), problemas com atestados médicos (baixas) e renovação de receituário (2) e dificuldades burocráticas (1).

A todas as reclamações foi dada resposta. Todas foram alvo de análise para avaliar a sua pertinência e a necessidade de se proceder à introdução de melhorias.

Foi registado um total de 106 sugestões de três fontes diferentes. Foram contabilizadas 10 sugestões na Caixa das Sugestões, seis das quais revelam insatisfação e as restantes quatro com elogios (uma delas formulava igualmente insatisfação). As sugestões por insatisfação estão relacionadas com a transcrição de exames, o atendimento telefónico, acessos físicos no exterior da USF, relação secretário clínico-utente e cumprimento de horários por parte dos médicos. Os elogios dirigem-se à qualidade dos serviços prestados nos três grupos profissionais da USFM .

Cinco das sugestões foram obtidas através do Inquérito de Satisfação aos Cidadãos onde existem duas sugestões por insatisfação com a linha telefónica e o horário de consulta da Saúde Infantil e as restantes três são elogios.

Foram ainda registadas 91 sugestões através das questões “Surpresas Agradáveis” e “Surpresas Desagradáveis” do Questionário Europep 2009, onze das quais por insatisfação, em áreas como a climatização da USFM, a relação secretário clínico-utente, o sistema informático e a transcrição de exames. As restantes 80 foram manifestações de satisfação com o atendimento administrativo, médico e de enfermagem, organização e espaço físico.

B – Desempenho profissional - motivar os profissionais da USFM para um exercício permanente de qualidade.

Quadro 38

Constituir círculos da qualidade baseados em boas práticas identificadas

Indicador		Cumprimento 2007	Cumprimento 2008	Cumprimento 2009	Meta 2009
Ref.	Denominação				
-	B.1 – Constituir círculos da qualidade baseados em boas práticas identificadas? (sim ou não)	Sim	Sim	Sim	Sim

Constituíram-se círculos da qualidade relacionados com o desempenho nas áreas relativas às actividades específicas do Modelo B em que a USF se encontra e aos objectivos contratualizados para os incentivos institucionais e financeiros e, ainda, a solicitação de exames complementares de diagnóstico, prescrição de anti-agregantes plaquetários em doentes de alto risco cardio-vascular e os registos dos hábitos tabágicos. Foram igualmente identificadas, adaptadas e actualizadas para a USFM boas práticas em áreas como a saúde materna, a saúde infantil, o planeamento familiar e os cuidados ao diabético, que poderão levar a novos círculos da qualidade.

B.2 – Avaliar a satisfação no trabalho dos profissionais da USFM. Foi efectuada uma avaliação da satisfação no trabalho dos profissionais da USFM em Outubro de 2009. Utilizou-se um questionário elaborado por André Biscaia, adequado para os médicos de família portugueses e que tem sido utilizado com bons

resultados em outros grupos profissionais constituído por 22 questões.

O questionário foi respondido online, tendo sido entregue uma palavra-passe para cada profissional, sendo as respostas anónimas.

Foram entregues 27 questionários correspondentes à totalidade dos profissionais da USFM em exercício no momento da avaliação, tendo sido obtida uma taxa de resposta de 100%. O relatório global do estudo encontra-se na Coordenação da USFM.

Quadro 39

Satisfação no trabalho na USFM – Cumprimento dos objectivos por anos

Indicador		Cumprimento 2007	Cumprimento 2008	Cumprimento 2009	Meta 2009
Ref	Denominação				
-	B.2 – Avaliar a satisfação profissional dos profissionais da USFM ? (sim ou não)	Sim	Sim	Sim	Sim
3.2	Percentagem de profissionais satisfeitos/ muito satisfeitos (número de questões com uma percentagem igual ou superior a 75% de respostas “4” ou “5”* / total de questões do questionário de satisfação profissional da USFM)	11/22 (50%)	Todos os profissionais 12/22 (55%) Médicos 14/22 (64%) Enfermeiros 15/22 (68%) Secretários Clínicos 5/22 (23%)	Todos os profissionais 12/22 (55%) Médicos 12/22 (55%) Enfermeiros 14/22 (64%) Secretários Clínicos 5/22 (23%)	14/22 (64%)

Estes resultados indicam que não foi possível alcançar a meta planeada para o conjunto de todos os profissionais da USFM, registando-se que apenas o grupo dos enfermeiros conseguiu alcançar a meta mas nem médicos nem secretários clínicos o conseguiram. O grupo dos secretários clínicos foi o único grupo profissional que manteve o mesmo número de questões positiva em relação ao número total de questões, mas que é, no entanto, bastante baixo, enquanto que os outros dois grupos viram a sua satisfação no trabalho decrescer.

O questionário está organizado em seis factores relativos a seis dimensões da satisfação no trabalho, sendo apresentado o valor médio alcançado para cada factor e global para cada grupo profissional (o valor de cada factor é uma média das questões que integram esse factor). A pontuação vai de 1 a 5, sendo 1 a menor pontuação possível (a máxima insatisfação) e 5 a maior pontuação possível (a máxima satisfação) na escala da satisfação no trabalho.

Quadro 40

Satisfação no trabalho na USFM – Resultados por grupos profissionais 2009

2009	Médicos de Família	Enfermeiros	Secretários Clínicos
Factor 1 Pressão e exigência no trabalho	2,31	2,71	2,23
Factor 2 Condições para o exercício profissional	4,15	3,59	2,33
Factor 3 Interesse do trabalho	4,25	4,06	2,93
Factor 4 Adequação para o trabalho	3,95	4,00	4,07
Factor 5 Recompensa pelo trabalho	4,15	3,07	2,28
Factor 6 Relações interpessoais e autonomia	4,09	4,07	3,24
Pontuação Global*	3,71	3,55	2,83

A pontuação vai de 1 a 5, sendo 1 a menor pontuação possível (a máxima insatisfação), 5 a maior pontuação possível (a máxima satisfação) e 3 o ponto neutro (nem satisfeito nem insatisfeito); * é a médias das 22 questões e não dos 6 factores

Vemos que o grupo profissional dos médicos é o que apresenta valores globais de satisfação no trabalho mais altos, seguindo-se os enfermeiros e, por último, os secretários clínicos, o único grupo abaixo do valor neutro e, portanto indicador de insatisfação. Os médicos de família apresentam níveis de satisfação muito altos em todos os factores (cerca de 4) com

excepção do factor 1 – “pressão e exigência no trabalho”, factor este que é o único em que nenhum dos grupos profissionais consegue obter um nível de satisfação positivo e é o mais negativo nos três grupos. Os enfermeiros têm valores indicativos de satisfação – acima do 3 – igualmente em todos os outros factores mas sempre abaixo do valor alcançado no grupo dos médicos com excepção do factor 4 – “adequação para o trabalho”, factor esse que é, igualmente, o mais positivo no grupo dos secretários clínicos. Nos secretários clínicos apenas mais o factor 6 - “relações interpessoais e autonomia” gera satisfação e num nível relativamente modesto – 3,28 -, estando todos os outros na metade negativa da escala. O factor 6 – “relações interpessoais e autonomia” apresenta, ainda, níveis de satisfação altos nos outros dois grupos profissionais, médicos e enfermeiros.

É relevante, igualmente, referir que o factor 5 – “recompensa pelo trabalho” é dos mais positivos no grupo dos médicos, apenas ligeiramente positivo no dos enfermeiros e francamente negativo nos secretários clínicos; o factor 3 – “interesse do trabalho” tem o mesmo padrão, sendo, ainda, o mais positivo no grupo dos médicos, francamente positivo nos enfermeiros mas negativo nos secretários clínicos. No factor 2 - “condições para o exercício profissional”, apenas o grupo dos secretários clínicos é que apresenta resultados negativos.

Apresentam-se de seguida resultados evolutivos da USFM entre 2007, 2008 e 2009 para cada grupo profissional.

Quadro 41

Satisfação no trabalho na USFM – Resultados dos médicos de família por anos

Médicos de Família	2007	2008	2009
Factor 1 Pressão e exigência no trabalho	2,84	2,54	2,31
Factor 2 Condições para o exercício profissional	4,33	4,23	4,15
Factor 3 Interesse do trabalho	4,31	4,35	4,25
Factor 4 Adequação para o trabalho	4,22	4,03	3,95
Factor 5 Recompensa pelo trabalho	4,07	4,07	4,15
Factor 6 Relações interpessoais e autonomia	4,37	4,27	4,09
Pontuação Global	3,94	3,81	3,71

Vemos que a satisfação em termos globais nos médicos de família tem estado sempre a diminuir nestes 3 anos e apenas no factor 5 – “recompensa pelo trabalho” é que a satisfação aumentou. Em todos os outros factores registou-se um decréscimo. É no factor 1 - “pressão e exigência no trabalho” que se registou o maior decréscimo na pontuação, elegendo-se este factor como aquele em que é mais premente implementar estratégias de melhoria. É interessante notar o decréscimo no factor 4 – “adequação para o trabalho”, ainda que num valor alto. Poderá estar em relação com um aumento das exigências (novas competências, maior produtividade, ...) a que o trabalho numa USF cada vez mais

obriga, alertando para a necessidade de adaptar a formação a estas exigências. Igualmente importante é a evolução no factor 3 – “interesse do trabalho” que diminuiu ligeiramente, o que obriga a uma atenção redobrada porque são dois factores intrínsecos à actividade dos médicos de família. Esta situação com o decréscimo no factor 6 - “relações interpessoais e autonomia” tem o potencial para afectar gravemente toda a satisfação no trabalho e actividade dos médicos, devendo levar a uma reflexão sobre toda a actividade e organização da USF.

Quadro 42

Satisfação no trabalho na USFM – Resultados dos enfermeiros por anos

Enfermeiros	2007	2008	2009
Factor 1 Pressão e exigência no trabalho	3,27	2,93	2,71
Factor 2 Condições para o exercício profissional	4	4,11	3,59
Factor 3 Interesse do trabalho	4,31	4,17	4,06
Factor 4 Adequação para o trabalho	4,14	3,92	4,00
Factor 5 Recompensa pelo trabalho	3,26	3,59	3,07
Factor 6 Relações interpessoais e autonomia	4,48	4,44	4,07
Pontuação Global	3,88	3,79	3,55

Para os enfermeiros, como para os médicos, a satisfação em termos globais tem estado sempre a diminuir nestes 3 anos e apenas no factor 4 – “adequação para o trabalho” é que a

satisfação aumentou, em todos os outros factores registou-se um decréscimo.

É novamente o factor 1 - “pressão e exigência no trabalho” o que tem um nível mais baixo e o único negativo, mas foi nos factores 2 – “condições para o exercício profissional” e 5 – “recompensa pelo trabalho” que se registaram os maiores decréscimos na pontuação. Estes estado de coisas poderá estar em relação novamente com um aumento das exigências e o balanço que se faz entre o que se tem e se recebe e o que se deveria ter e receber face a essas exigências e justifica, igualmente, um plano específico de intervenção.

Quadro 43

Satisfação no trabalho na USFM – Resultados dos secretários clínicos por anos

Secretários Clínicos	2007	2008	2009
Factor 1 Pressão e exigência no trabalho	2,69	2,71	2,23
Factor 2 Condições para o exercício profissional	3,24	3,05	2,33
Factor 3 Interesse do trabalho	3,32	3,36	2,93
Factor 4 Adequação para o trabalho	3,86	3,83	4,07
Factor 5 Recompensa pelo trabalho	2,29	2,48	2,28
Factor 6 Relações interpessoais e autonomia	3,52	3,86	3,24
Pontuação Global	3,15	3,20	2,83

No grupo dos secretários clínicos, observa-se um declínio generalizado na satisfação no trabalho e já para níveis abaixo da linha de água. O único factor em que se registou um aumento foi no 4 – “adequação para o trabalho” reflectindo muito provavelmente os programas de formação de que este grupo beneficiou em 2009. É particularmente relevante um decréscimo na satisfação com as condições de trabalho e a do interesse pelo trabalho. Este é o grupo que, dada a pontuação global mais baixa em termos de satisfação profissional, deverá ser alvo de uma atenção especial nos projectos de melhoria da satisfação profissional.

Nas relações interpessoais e autonomia, registou-se um decréscimo nos três grupos profissionais, o que tem de, necessariamente, activar uma reflexão sobre o futuro da USF já que as relações entre os profissionais e a interdependência entre eles são dois dos pilares das USF.

À pergunta “Se tivesse possibilidade de voltar ao princípio, hoje escolheria...” a mesma profissão nenhum dos médicos respondeu “não” como em 2008, mas, no grupo dos enfermeiros 11,1% (0% em 2008) deram essa resposta assim como 42,9% dos secretários clínicos (57,1% em 2009). Já quando se colocou a mesma questão mas em relação ao actual centro de saúde, nenhum médico, enfermeiro ou secretário clínico respondeu “Não”. Estes resultados reforçam a necessidade de um plano de melhoria da satisfação profissional no grupo dos secretários clínicos.

Como conclusão geral, é o grupo dos administrativos que parece necessitar de uma abordagem mais forte nomeadamente no que se refere à procura de estratégias para tornar mais efectivos os mecanismos de recompensa pelo trabalho efectuado, no enriquecimento da sua actividade, na procura de melhores condições de trabalho e para mitigar a pressão e exigência no trabalho e as suas consequências. A pressão e exigência no trabalho é, aliás, uma área em que toda a USFM poderia beneficiar com uma intervenção mais global. O declínio da

satisfação em termos gerais e, em particular, nas relações interpessoais e autonomia deve conduzir a uma reflexão e a colocar como prioritária a implementação de medidas concretas, assumidas pelo grupo de todos os profissionais da USF, para uma melhoria da satisfação no trabalho na USF.

Quadro 44

Qualidade organizacional – cumprimento dos objectivos por anos

Indicador		2007	2008	2009	Meta 2009
Ref.	Denominação				
-	A.2 – Proceder à análise das reclamações efectuadas em relação à USFM ? (Sim ou Não)	Sim	Sim	Sim	Sim
Ref.	Denominação				
	C.2 – Proceder à execução de uma auditoria interna na USFM	Sim	Sim	Sim	Sim
	C.3 – Proceder a uma avaliação dos fornecedores da USFM? (sim ou não)	Não	Sim	Sim	Sim
3.1.2	C.4 - Proceder a uma avaliação intermédia (4 meses antes da avaliação do final do ano) do cumprimento das metas do plano de acção da USFM? (sim ou não)	Não	Não	Sim	Sim

Quadro 45

Avaliação da qualidade organizacional através da metodologia MoniQuOr por anos

Áreas de avaliação da Auditoria (MoniQuOR adaptado)	Auto-diagnóstico 2007	Validação pela ENA (Equipa Nacional de Avaliação) 2007	Auto-diagnóstico 2008	Auto-diagnóstico 2009	Meta 2009
C.1.1 - Organização e gestão	84/100	93/100	72/100	79/100	95/100
C.1.2 - Direitos dos cidadãos	88/100	88/100	72/100	85/100	90/100
C.1.3 - Promoção da saúde	59/100	62/100	59/100	63/100	75/100
C.1.4 - Prestação de cuidados de saúde	67/100	60/100	71/100	84/100	70/100
C.1.5 - Educação contínua e desenvolvimento da qualidade	78/100	77/100	74/100	83/100	80/100
C.1.6 - Instalações e equipamentos	82/100	82/100	75/100	76/100	85/100
Total	458/600	462/600	423/600	470/600	495/600

A avaliação da qualidade organizacional através da metodologia MoniQuOr foi, em 2009, efectuada apenas em regime de auto-avaliação. Obtiveram-se valores altos para todas as seis áreas de avaliação (63 pontos ou mais em 100 pontos possíveis) e

registou-se uma melhoria relativamente a 2008 em todas as áreas avaliadas. No entanto, só em duas das áreas se conseguiu um valor acima da meta proposta: C.1.4 – “Prestação de cuidados de saúde” e C.1.5 - Educação contínua e desenvolvimento da qualidade. Em três das áreas obteve-se um valor acima do valor obtido em 2007: as duas anteriores e C.1.3 - Promoção da saúde. Estes factos representam as prioridades e o esforço que têm sido adoptados pela USFM nomeadamente para dar resposta às áreas mais deficitárias identificadas em 2007 com uma aposta ainda mais forte na formação e na área da qualidade, na construção de manuais de boas práticas e na disponibilização de aplicação informática de monitorização e melhoria da prática clínica – Medicine one Performance Monitor; neste sentido a USFM conseguiu dar uma resposta adequada aos problemas que se lhe depararam.

O total de pontos obtidos foi de 470, um aumento de quase 50 pontos em relação a 2008 e que corresponde a 78,3% do máximo de pontos possível (600) mas ainda abaixo da meta proposta. Para informação com maior detalhe, consultar relatório do auto-diagnóstico da USFM, arquivado na Coordenação desta USF.

C.2 – Proceder à execução de uma auditoria interna na USFM

Esta área não esteve a cargo do Núcleo da Qualidade neste ano pelo que é apresentada na secção de Saúde Materna

C.3 – Proceder a uma avaliação dos fornecedores da USFM

Decidiu-se dar continuidade a esta avaliação de fornecedores após a experiência do ano passado mas ainda apenas com avaliações qualitativas e não quantitativas.

Identificaram-se seis fornecedores principais da USFM:

- 1 – ACES de Cascais – nas áreas do aprovisionamento e da coordenação / articulação com as restantes unidades do ACES;
- 2 – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo – nas áreas dos recursos humanos de saúde disponibilizados ao ACES de Cascais, das instalações e do equipamento, da

contratualização dos objectivos e metas para a actividade da USFM, da disponibilização de informação contextual (indicadores de saúde, dados comparativos da actividade assistencial dos centros de saúde, etc) em relação à actividade da USFM, do apoio ao desenvolvimento profissional da USF e dos seus profissionais e do apoio informático em termos de hardware e do programa SINUS;

3 – A empresa Medicine one - na área do apoio informático à actividade assistencial da USFM como proprietária e gestora do programa M1;

4 - Empresa responsável pela aplicação Alert P1 para referência hospitalar;

5 - Hospital de Cascais, como unidade prestadora de cuidados de saúde secundários na zona de influência da USF Marginal;

6 - Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, como unidade prestadora de cuidados de saúde secundários na zona de influência da USF Marginal.

Os fornecedores foram avaliados quando ao seu desempenho pela Coordenadora, pelo Conselho Técnico e pelo Núcleo da Qualidade da USFM.

Quadro 46**Avaliação de Fornecedores**

Fornecedor	Áreas de avaliação	Classificação da área de avaliação e justificação
ACES de Cascais	Aprovisionamento	Registaram-se frequentes rupturas de material clínico e não clínico - ver não-conformidades; De referir, ainda, a não disponibilização de um sistema de leitura de cartões de utentes há muito solicitado, com prejuízo para a actividade da USFM;
	Coordenação / articulação com as restantes unidades do centro de saúde e do ACES	De referir: - atrasos, limitações ou ausência de resposta no apoio pelas outras unidades, nomeadamente na área da psicologia, medicina dentária (que se justificam pelo número limitado de profissionais destas duas áreas) ou nutrição - neste caso ausência de apoio; - a ainda pouca coordenação com os cuidados continuados; - a ainda incipiente acção do Conselho Clínico

Quadro 46**Avaliação de Fornecedores**

Fornecedor	Áreas de avaliação	Classificação da área de avaliação e justificação
	Apoio informático em termos de hardware, do programa SINUS e do programa Alert P1	<p>Foram inúmeras as vezes em que na USF não foi possível utilizar os programas informáticos por falhas do servidor ou das ligações com o exterior;</p> <p>Os processadores dos computadores necessitavam de ser mais rápidos;</p> <p>A largura de banda da ligação à Internet poderia ser mais ampla;</p> <p>Considerou-se que a ARS partilha responsabilidade com o ACES neste domínio</p>
Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo	Recursos humanos de saúde disponibilizados ao Centro de Saúde de Cascais	O número de psicólogos, fisioterapeutas, médicos dentistas, higienistas orais, técnicos do serviço social é claramente insuficiente para fazer face às necessidades da população do centro de saúde e não existem nutricionistas.
	Instalações e equipamento	As instalações são modernas e adaptadas mas o equipamento é de qualidade muito inferior ao solicitado e ainda não foi solucionado o problema do sistema de climatização da unidade, levando a situações de grande desconforto para utentes e profissionais.

Quadro 46**Avaliação de Fornecedores**

Fornecedor	Áreas de avaliação	Classificação da área de avaliação e justificação
	Contratualização dos objectivos e metas para a actividade da USFM	Processo com atrasos significativos, sem a fundamentação necessária para as metas propostas, caracterizado pela imposição de metas e sem terem sido tomados em conta os argumentos da USFM na contratualização das metas e sem informação comparativa entre USF para facilitar benchmarking.
	Disponibilização de informação contextual à actividade da USFM	Comparativamente com outras ARS é disponibilizada pouca informação contextual à actividade da USFM e do ACES
	Apoio ao desenvolvimento profissional das USF	É insuficiente o programa de desenvolvimento profissional para fazer face aos novos desafios que se colocam às USF
	Apoio informático em termos de hardware, do programa SINUS	Foram inúmeras as vezes em que na USF não foi possível utilizar os programas informáticos por falhas do servidor ou das ligações com o exterior; Os processadores dos computadores necessitavam de ser mais rápidos; A largura de banda da ligação à Internet poderia ser mais ampla; Considerou-se que a ARS partilha responsabilidade com o ACES neste domínio

Quadro 46**Avaliação de Fornecedores**

Fornecedor	Áreas de avaliação	Classificação da área de avaliação e justificação
Empresa Medicine one	Apoio informático à actividade assistencial dos médicos da USFM	O programa M1 tem sido um apoio importante no processo assistencial da USFM e na área médica houve grandes avanços principalmente com a introdução do Performance Monitor
	Apoio informático à actividade assistencial dos enfermeiros da USFM	O programa M1 tem sido um apoio importante no processo assistencial da USFM mas na área de enfermagem não houve grandes avanços.
	Apoio informático à actividade assistencial do Secretariado Clínico da USFM	O quiosque informático de apoio administrativo não está ainda disponível assim como o portal na Internet prometidos desde o início da actividade da USFM; O apoio na área do Secretariado Clínico é considerado largamente insuficiente
	Apoio informático à avaliação do desempenho da USFM	Registaram-se grandes avanços com a introdução do Performance Monitor; No entanto apenas muito recentemente foi possível obter dados da actividade, nomeadamente sobre o desempenho relativo aos indicadores contratualizados; Subsistem, contudo, discrepâncias em relação aos dados colhidos pela ARS e estes problemas não têm sido resolvidos de modo satisfatório.

Quadro 46**Avaliação de Fornecedores**

Fornecedor	Áreas de avaliação	Classificação da área de avaliação e justificação
Empresa responsável pela aplicação Alert	Geral	Representa uma mais-valia, mas não abrange todas as consultas e não tem a flexibilidade de codificação, nem permite a anexação de ficheiros da aplicação de apoio à actividade clínica em uso.
	Informação de retorno	A aplicação não o permite.
Hospital de Cascais	Consultas de especialidade hospitalares	A situação alterna entre especialidades, como a cirurgia geral com uma taxa de resposta rápida e outras, como a oftalmologia, sem resposta alguma e atrasos que já são de mais de 7 meses sequer para fazer a triagem das consultas; Mais recentemente a resposta a áreas como a Cardiologia e a Neurologia está muito limitada dada a falta de profissionais destas especialidades.
	Serviços de Urgência	Dá uma resposta muito irregular às solicitações e obriga os utentes a recorrerem aos Médicos de família para as incapacidades temporárias para o trabalho e raramente transmite informação de retorno.

Quadro 46**Avaliação de Fornecedores**

Fornecedor	Áreas de avaliação	Classificação da área de avaliação e justificação
	Informação de retorno	Acontece quase exclusivamente para os episódios de cirurgia.
Centro Hospitalar Lisboa Ocidental	Consultas de especialidade hospitalares	A situação alterna entre especialidades com uma taxa de resposta mais ou menos rápida e outras com grandes atrasos.
	Serviços de Urgência	A resposta do serviço de urgência de ORL e Oftalmologia tem sido considerada adequada.
	Informação de retorno	Acontece quase exclusivamente para os episódios de cirurgia.

C.4 - Proceder a uma avaliação intermédia (4 meses antes da avaliação do final do ano) do cumprimento das metas do plano de acção da USFM

A melhoria da resposta do sistema de informação e a consequente possibilidade em obter dados fiáveis sobre a actividade da USFM permitiu que ocorresse esta avaliação intermédia do cumprimento das metas do plano de acção da USFM.

C.5 – Proceder à avaliação (identificação e análise) de não-conformidades

Deu-se continuidade à identificação e análise de não-conformidades, tendo sido identificadas sete:

- 1 – “Funcionalidade do sistema informático M1 na parte administrativa (por falhas importantes e frequentes)”;
- 2 – “Inexistência de quiosque informático de apoio ao atendimento administrativo apesar de solicitado desde o início da actividade da USF”
- 3 – “Pagamento pelos casais/mulher grávida de um teste bioquímico de diagnóstico pré-natal no Hospital de referência da USF”;
- 4 – “Falta de luvas descartáveis de tamanho adequado”;
- 5 – “Falta de material para exame ginecológico e para execução de colpocitologias”
- 6 – “Múltiplas quebras de stock de praticamente todos os materiais de utilização clínica ao longo do ano”
- 7 – “Múltiplas quebras de stock de material de escritório ao longo do ano”

D - Medição / Monitorização - otimizar os instrumentos de medição e monitorização da actividade da USFM e agilizar a sua utilização

Quadro 47

Medição / Monitorização - otimizar os instrumentos de medição e monitorização da actividade da USFM e agilizar a sua utilização

Indicador		Cumprimento 2008	Cumprimento 2009
Ref.	Nome		
	D.1 – Construção/optimização de um questionário de identificação de áreas de satisfação/insatisfação dos cidadãos com a actividade da USFM (sim ou não)	Sim	Sim
	D.2 – Construção/optimização de um questionário de satisfação profissional dos profissionais da USFM; (sim ou não)	Sim	Sim

D.1 – Construção/optimização de um questionário de identificação de áreas de satisfação/insatisfação dos cidadãos com a actividade da USFM

Foi optimizado o questionário de identificação de áreas de satisfação/insatisfação dos cidadãos com a actividade da USFM.

D.2 – Construção/optimização de um questionário de satisfação profissional dos profissionais da USFM

Foi optimizado um questionário de satisfação profissional previamente construído para profissionais de saúde.

Foi ainda melhorado todo o procedimento relativo às auditorias e ao registo e avaliação das não-conformidades.

E - Análise / Reflexão - otimizar os processos de análise e reflexão relativos à actividade da USFM

Quadro 48

Análise / Reflexão - otimizar os processos de análise e reflexão relativos à actividade da USFM

Indicador		Cumprimento 2008	Cumprimento 2009
Ref.	Nome		
	E.1 – Promover reuniões periódicas sobre temas da qualidade na USFM; (sim ou não)	Sim	Sim
	E.2 - Promover a discussão sobre temas da qualidade no grupo de discussão da USFM na Internet (sim ou não)	Sim	Sim
	E.3 – Formar os elementos da USFM na área da qualidade (sim ou não)	Sim	Sim

E.1 – Promover reuniões periódicas sobre temas da qualidade na USFM

Todos os projectos sobre temas da qualidade têm sido apresentados e discutidos em reuniões da USFM e os seus resultados analisados em reunião de todos os profissionais.

E.2 - Promover a discussão sobre temas da qualidade no grupo de discussão da USFM na Internet

O grupo de discussão na Internet tem possibilitado o debate e aperfeiçoamento de todos os projectos da área da qualidade.

E.3 – Formar os elementos da USFM na área da qualidade

O Núcleo da Qualidade tem-se assumido como um centro de recursos para os profissionais desenvolverem projectos relevantes para eles próprios individualmente e para a USFM e, portanto, a formação e desenvolvimento profissional nas áreas da qualidade é, por excelência, o modo de actuação do Núcleo. O procedimento adoptado para as não-conformidades é um exemplo desta postura.

Anexo 2 Versão em papel do

questionário de medição da satisfação no

trabalho dos médicos de família

Questionário utilizado no Estudo 1 e 2

Caro/a colega

O Questionário SP - MGF destina-se a avaliar a **Satisfação Profissional** dos Médicos de Família.

Questionário SP – MGF

Deve marcar com um X a resposta que se ajusta mais à sua opinião ou àquilo que sente em termos gerais sobre o que se pergunta. Só deve escolher uma opção. No caso de se enganar, ponha um novo X e um círculo à volta da resposta escolhida. Não há respostas correctas ou inadequadas. O importante é a sua opinião sobre cada uma das afirmações. O questionário SP-MGF demora em média 5 minutos a ser preenchido. Responda ainda hoje.

A resposta ao questionário implica o consentimento para a utilização dos dados para investigação e projectos de melhoria da qualidade.

**Este questionário é anónimo.
Muito obrigado pela sua colaboração.**

Satisfação Profissional

A1 - Sinto que o meu trabalho nunca é o mesmo todos os dias.

Muito de acordo	De acordo	Nem de acordo nem em desacordo	Em desacordo	Muito em desacordo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A2 - No final de um dia de trabalho não me sinto cansado(a).

Muito de acordo	De acordo	Nem de acordo nem em desacordo	Em desacordo	Muito em desacordo
-----------------	-----------	--------------------------------	--------------	--------------------

☐☐☐☐☐

A3 - Em casa, desligo-me facilmente do trabalho.

Muito de acordo	De acordo	Nem de acordo nem em desacordo	Em desacordo	Muito em desacordo
-----------------	-----------	--------------------------------	--------------	--------------------

☐☐☐☐☐

A4 - Poucas vezes tenho que me aplicar a fundo no trabalho.

Muito de acordo	De acordo	Nem de acordo nem em desacordo	Em desacordo	Muito em desacordo
-----------------	-----------	--------------------------------	--------------	--------------------

☐☐☐☐☐

A5 - Poucas vezes o trabalho altera negativamente o meu ânimo.

Muito de acordo	De acordo	Nem de acordo nem em desacordo	Em desacordo	Muito em desacordo
-----------------	-----------	--------------------------------	--------------	--------------------

☐☐☐☐☐

A6 - Tenho autonomia para organizar o meu trabalho.

Muito de acordo	De acordo	Nem de acordo nem em desacordo	Em desacordo	Muito em desacordo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A7 - Tenho oportunidade de aprender coisas novas.

Muito de acordo	De acordo	Nem de acordo nem em desacordo	Em desacordo	Muito em desacordo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A8 - Tenho interesse pelas coisas que faço.

Muito de acordo	De acordo	Nem de acordo nem em desacordo	Em desacordo	Muito em desacordo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A9 - O meu trabalho é reconhecido.

Muito de acordo	De acordo	Nem de acordo nem em desacordo	Em desacordo	Muito em desacordo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A10 - A relação com as chefias é cordial (existe um bom relacionamento).

Muito de acordo	De acordo	Nem de acordo nem em desacordo	Em desacordo	Muito em desacordo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A11 - A relação com os colegas é cordial (existe um bom relacionamento).

Muito de acordo	De acordo	Nem de acordo nem em desacordo	Em desacordo	Muito em desacordo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A12 - O salário é adequado.

Muito de acordo	De acordo	Nem de acordo nem em desacordo	Em desacordo	Muito em desacordo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A13 - Ocupo o posto que mereço.

Muito de acordo	De acordo	Nem de acordo nem em desacordo	Em desacordo	Muito em desacordo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A14 - Tenho possibilidades de promoção.

Muito de acordo	De acordo	Nem de acordo nem em desacordo	Em desacordo	Muito em desacordo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A15 - Não me sinto muito pressionado(a) pelo factor tempo.

Muito de acordo	De acordo	Nem de acordo nem em desacordo	Em desacordo	Muito em desacordo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A16 - Sei o que se espera de mim no trabalho.

Muito de acordo	De acordo	Nem de acordo nem em desacordo	Em desacordo	Muito em desacordo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A17 - Dou conta do trabalho que tenho de realizar.

Muito de acordo	De acordo	Nem de acordo nem em desacordo	Em desacordo	Muito em desacordo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A18 - Encontro-me capacitado para o meu trabalho.

Muito de acordo	De acordo	Nem de acordo nem em desacordo	Em desacordo	Muito em desacordo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A19 - Tenho acesso a recursos suficientes para o meu trabalho.

Muito de acordo	De acordo	Nem de acordo nem em desacordo	Em desacordo	Muito em desacordo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A20 - No trabalho, a competitividade não constitui problema para mim.

Muito de acordo	De acordo	Nem de acordo nem em desacordo	Em desacordo	Muito em desacordo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A21 - O meu Centro de Saúde tem as condições físicas suficientes para o meu trabalho.

Muito de acordo De acordo Nem de acordo nem em desacordo Em desacordo Muito em desacordo

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

A22 - No meu Centro de Saúde existem condições para um bom exercício da minha profissão.

Muito de acordo De acordo Nem de acordo nem em desacordo Em desacordo Muito em desacordo

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

----- / -----

A - Idade - [] anos escrever nesta coluna ↘	não []
B - Sexo - 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/>	[]
C – Habilitação profissional 1 - Assistente <input type="checkbox"/> 2 - Consultor <input type="checkbox"/> 3 - Clínico Geral <input type="checkbox"/> 4 – Chefe de Serviço <input type="checkbox"/> 5 – Interno <input type="checkbox"/>	[]
D - Acesso ao grau de generalista /especialista 1 - Formação específica em exercício <input type="checkbox"/> 2 - Internato Complementar de Clínica Geral <input type="checkbox"/> ; 3 - Outra <input type="checkbox"/>	[]
E - Regime de trabalho não escrever nesta coluna ↘ 1 - 35 horas sem exclusividade <input type="checkbox"/> ; 2 - 35 horas com exclusividade <input type="checkbox"/> 3 - 42 horas com exclusividade <input type="checkbox"/>	[]
F – Tempo de exercício (em anos) em Clínica Geral ?	[]
G - Exerce outras actividades para além das assistenciais (docência, coordenação de piso ou programa, investigação, etc) 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/>	[]
H - Exerce actividade clínica privada (actividade clínica para além do Centro de Saúde) 1- Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/>	[]
I - Provimento em lugar do ‘Quadro’ 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/>	[]
J – Há quanto tempo está no CS actual? [] anos [] meses	[]

L – Quando optou por trabalhar num Centro de Saúde as suas expectativas quanto à sua carreira profissional eram: 1- Muito boas <input type="checkbox"/> 2 - Boas <input type="checkbox"/> 3 - Nem boas nem más <input type="checkbox"/> 4 - Más <input type="checkbox"/> 5 - Muito más <input type="checkbox"/>	[]
M – Actualmente as suas expectativas quanto à sua carreira profissional são: 1- Muito boas <input type="checkbox"/> 2 - Boas <input type="checkbox"/> Nem boas nem más <input type="checkbox"/> 4 - Más <input type="checkbox"/> 5 - Muito más <input type="checkbox"/>	[]
N - Em geral, diria que a sua saúde é ¹: 1 – Óptima <input type="checkbox"/> 2 – Muito Boa <input type="checkbox"/> 3 – Boa <input type="checkbox"/> 4 – Razoável <input type="checkbox"/> 5 – Fraca <input type="checkbox"/>	[]

O - Se tivesse possibilidade de voltar ao princípio, hoje escolheria²:

	Não	Sim	Talvez	Não sabe	
01 - A mesma profissão					[]
02 - A mesma carreira					[]
03 - O Centro de Saúde como local de trabalho principal					[]
04 - O mesmo Centro de Saúde onde hoje trabalha					[]

Por favor escreva em letras de imprensa e seja o mais sucinto possível nas respostas.

P - O que é que mudava, e como, no seu local de trabalho (refira apenas os 3 pontos mais importantes) ?

1 –

2 –

3 –

Q - Quais são as suas 3 principais fontes de stresse no local de trabalho ?

1 –

2 –

3 –

(Por favor, entregue/envie ainda hoje o questionário)

Muito obrigado. Comentários :

Questionário utilizado no estudo 3.

Caro/a colega

Este questionário destina-se a identificar quais as áreas de satisfação e de insatisfação da actividade dos profissionais deste Centro de Saúde.

Questionário SP – MGF

Deve marcar com um x a resposta que se ajusta mais à sua opinião ou àquilo que sente em termos gerais sobre o que se pergunta. Só deve escolher uma opção. No caso de se enganar, ponha um novo x e um círculo à volta da resposta escolhida. Não há respostas correctas ou inadequadas. O importante é a sua opinião sobre cada uma das afirmações.

O questionário demora em média 10 minutos a ser preenchido. Responda ainda hoje.

A resposta ao questionário implica o consentimento para a utilização dos dados para investigação e projectos de melhoria da qualidade.

**Este questionário é anónimo.
Muito obrigado pela sua colaboração.**

A - Satisfação Profissionalⁱ

As próximas questões referem-se à sua actividade como profissional deste centro de saúde.

Deve marcar a resposta que mais se ajusta à sua opinião ou àquilo que sente em termos gerais sobre o que se pergunta. Não há respostas correctas ou inadequadas. O importante é a sua opinião sobre cada uma das afirmações.

Só deve escolher uma opção.

Por favor, responda a todas as questões.

A1 - Sinto que o meu trabalho nunca é o mesmo todos os dias.

Muito
de
acordo

De
acordo

Nem de
acordo
nem em
desacordo

Em
desacordo

Muito em
desacordo

☐☐☐☐☐

A2 - No final de um dia de trabalho não me sinto cansado(a).

ⁱ Elaborado por André Biscaia com base no Questionário Font-Roja - AP

Muito de acordo	De acordo	Nem de acordo nem em desacordo	Em desacordo	Muito em desacordo
-----------------	-----------	--------------------------------	--------------	--------------------

☐
☐
☐
☐
☐

A3 - Em casa, desligo-me facilmente do trabalho.

Muito de acordo	De acordo	Nem de acordo nem em desacordo	Em desacordo	Muito em desacordo
-----------------	-----------	--------------------------------	--------------	--------------------

☐
☐
☐
☐
☐

A4 - Poucas vezes tenho que me aplicar a fundo no trabalho.

Muito de acordo	De acordo	Nem de acordo nem em desacordo	Em desacordo	Muito em desacordo
-----------------	-----------	--------------------------------	--------------	--------------------

☐
☐
☐
☐
☐

A5 - Poucas vezes o trabalho altera negativamente o meu ânimo.

Muito de acordo	De acordo	Nem de acordo nem em desacordo	Em desacordo	Muito em desacordo
-----------------	-----------	--------------------------------	--------------	--------------------

☐
☐
☐
☐
☐

A6 - Tenho autonomia para organizar o meu trabalho.

Muito de acordo	De acordo	Nem de acordo nem em desacordo	Em desacordo	Muito em desacordo
-----------------	-----------	--------------------------------	--------------	--------------------

☐
☐
☐
☐
☐

A7 - Tenho oportunidade de aprender coisas novas.

Muito de acordo	De acordo	Nem de acordo nem em desacordo	Em desacordo	Muito em desacordo
-----------------	-----------	--------------------------------	--------------	--------------------

☐
☐
☐
☐
☐

A8 - Tenho interesse pelas coisas que faço.

Muito de acordo	De acordo	Nem de acordo nem em desacordo	Em desacordo	Muito em desacordo
-----------------	-----------	--------------------------------	--------------	--------------------

☐
☐
☐
☐
☐

A9 - O meu trabalho é reconhecido.

Muito de acordo	De acordo	Nem de acordo nem em desacordo	Em desacordo	Muito em desacordo
-----------------	-----------	--------------------------------	--------------	--------------------

☐
☐
☐
☐
☐

A10 - A relação com as chefias é cordial (existe um bom relacionamento).

Muito de acordo	De acordo	Nem de acordo nem em desacordo	Em desacordo	Muito em desacordo
-----------------	-----------	--------------------------------	--------------	--------------------

☐
☐
☐
☐
☐

A11 - A relação com os colegas é cordial (existe um bom relacionamento).

Muito de acordo	De acordo	Nem de acordo nem em desacordo	Em desacordo	Muito em desacordo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A12 - O salário é adequado.

Muito de acordo	De acordo	Nem de acordo nem em desacordo	Em desacordo	Muito em desacordo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A13 - Ocupo o posto que mereço.

Muito de acordo	De acordo	Nem de acordo nem em desacordo	Em desacordo	Muito em desacordo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A14 - Tenho possibilidades de promoção.

Muito de acordo	De acordo	Nem de acordo nem em desacordo	Em desacordo	Muito em desacordo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A15 - Não me sinto muito pressionado(a) pelo factor tempo.

Muito de acordo	De acordo	Nem de acordo nem em desacordo	Em desacordo	Muito em desacordo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A16 - Sei o que se espera de mim no trabalho.

Muito de acordo	De acordo	Nem de acordo nem em desacordo	Em desacordo	Muito em desacordo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A17 - Dou conta do trabalho que tenho de realizar.

Muito de acordo	De acordo	Nem de acordo nem em desacordo	Em desacordo	Muito em desacordo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A18 - Encontro-me capacitado para o meu trabalho.

Muito de acordo	De acordo	Nem de acordo nem em desacordo	Em desacordo	Muito em desacordo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A19 - Tenho acesso a recursos suficientes para o meu trabalho.

Muito de acordo	De acordo	Nem de acordo nem em desacordo	Em desacordo	Muito em desacordo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A20 - No trabalho, a competitividade não constitui problema para mim.

Muito de acordo	De acordo	Nem de acordo nem em desacordo	Em desacordo	Muito em desacordo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A21 - O meu Centro de Saúde tem as condições físicas suficientes para o meu trabalho.

Muito de acordo	De acordo	Nem de acordo nem em desacordo	Em desacordo	Muito em desacordo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A22 - No meu Centro de Saúde existem condições para um bom exercício da minha profissão.

Muito de acordo	De acordo	Nem de acordo nem em desacordo	Em desacordo	Muito em desacordo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B – Perspectivas de mudança

Deve marcar a resposta que se ajusta mais à sua situação/opinião ou àquilo que sente em termos gerais sobre o que se pergunta.

Na questão B1, escreva no espaço disponível.

Nas questões B2 a B7, só deve escolher uma opção.

Por favor, responda a todas as questões.

B1 – Pensando no centro de saúde onde actualmente está colocado, o que é que mudava no seu trabalho? (refira apenas até três áreas)

B2 – Actualmente as suas expectativas quanto à sua carreira profissional são:			
1 – Muito boas más	2 – Boas	3 – Nem boas nem más	
4 – Más	5 – Muito Más	6 – Sem opinião	
B3 – Se tivesse a possibilidade de voltar ao princípio, hoje escolheria <u>a mesma profissão</u>ⁱⁱ:			
1– Não Não sabe	2– Sim	3– Talvez	4–
B4 – Se tivesse a possibilidade de voltar ao princípio, hoje escolheria <u>a mesma carreira</u>²:			
1– Não	2– Sim	3– Talvez	
4– Não sabe			
B5 – Se tivesse a possibilidade de voltar ao princípio, hoje escolheria <u>o centro de saúde onde agora trabalha</u>²:			
1– Não	2– Sim	3– Talvez	
4– Não sabe			
B6 – Qual é o seu grupo profissional?			
1 - Clínico geral ou médico da carreira de clínica geral <input type="checkbox"/>			
2 - Médico de Saúde Pública <input type="checkbox"/>			
3 - Médico de outras especialidades (que não Clínica Geral ou Saúde Pública) <input type="checkbox"/>			
4 - Enfermeiro <input type="checkbox"/>			
5 - Técnico (Psicologia, Serviço Social, Fisioterapia, Radiologia, Nutrição/Dietética, Análises Clínicas, outros) <input type="checkbox"/>			
6 - Administrativo <input type="checkbox"/>			
7 - Auxiliar de acção médica <input type="checkbox"/>			
8 - Outro <input type="checkbox"/>			
B7 – Faz parte de uma USF – Unidade de Saúde Familiar?			
1 - Sim		2 - Não	

ⁱⁱ - Questão adaptada do Questionário “SP dos profissionais nos CS” / Luís Graça (Direcção-Geral da Saúde, editores. Instrumentos para a melhoria contínua da qualidade. 1ªed. Coimbra: G.C. – Gráfica de Coimbra, lda; 1999.)

C - Acidentes de trabalho, violência contra os profissionais de saúde e ausências ao trabalho.

Só deve escolher uma opção com excepção das questões:

- C1.1, à qual só deve responder se respondeu “sim” na questão anterior e na qual pode assinalar mais do que uma opção e
- C8 na qual também pode assinalar mais do que uma opção.

Por favor, responda a todas as questões.

C1 – Teve algum acidente no seu local de trabalho relacionado com o desempenho da sua actividade profissional no Centro de Saúde, nos últimos 12 meses?

1 – Sim 2 – Não

C1.1 – Se respondeu afirmativamente á questão anterior, qual o tipo de acidente que sofreu (pode escolher mais do que uma opção)

1 – Picada 2 – Queimadura 3 – Queda 4 – Corte
5 – Outro

C2 – Nos últimos 12 meses, foi vítima de violência física no Centro de Saúde? (entende-se por violência física o uso de força física contra outra pessoa ou grupo que possa resultar em dano físico, sexual ou psicológico)ⁱⁱⁱ.

1 – Sim 2 – Não

C3 – Nos últimos 12 meses, foi vítima de ameaça/agressão verbal no Centro de Saúde? (entende-se por ameaça/agressão verbal um comportamento que humilha, degrada ou indica uma falta de respeito pela dignidade e valor de uma pessoa; é a comunicação por palavras, tom ou postura que rebaixa, paternaliza, ameaça, acusa ou desrespeita outro.)

1 – Sim 2 – Não

C4 – Nos últimos 12 meses, foi vítima de pressão moral no Centro de Saúde? (entende-se por pressão moral um comportamento ofensivo, repetido e prolongado no tempo, com tentativas vingativas, cruéis ou maliciosas, de humilhar ou enfraquecer um indivíduo ou grupo de trabalhadores.)

1 – Sim 2 – Não

ⁱⁱⁱ - Questões nº C2 a C8 retiradas do Questionário “Violência Contra Profissionais de Saúde no local de trabalho” da AGO – Associação para o Desenvolvimento e Cooperação Garcia de Orta

C5 – Nos últimos 12 meses, foi vítima de assédio sexual no Centro de Saúde? (entende-se por assédio sexual qualquer comportamento de natureza sexual indesejado, não recíproco e mal recebido, que é ofensivo para a pessoa envolvida, que faz com que se sinta ameaçada, humilhada ou embaraçada.)

1 - Sim

2 – Nãõ

C6- Nos últimos 12 meses, foi vítima de discriminação no Centro de Saúde? (entende-se por discriminação qualquer conduta ameaçadora baseada na raça, cor, linguagem, nacionalidade, religião, associação com uma minoria, nascimento ou outra característica que não é recíproca nem desejada e que afecta a dignidade das mulheres ou dos homens no trabalho.)

1 – Sim

2 – Nãõ

C7 – Nos últimos 12 meses, foi vítima de violência contra a sua propriedade pessoal no Centro de Saúde? (Por exemplo: Danos à viatura própria, roubo de objectos pessoais, assalto ao cacifo.)

1 - Sim

2 – Não

C8 – Nos últimos 12 meses, foi testemunha de algum episódio de violência no Centro de Saúde? (Indique mais de uma opção, se tal for o caso)

1 – Violência física

2 – Pressão Moral

3 – Discriminação

4 – Ameaca / Agressão Verbal

5 – Assédio Sexual

6 – Não testemunhei nenhum

C9 – Nos últimos 12 meses, teve dias de ausência ao trabalho por doença?

1 – Não ou três ou menos dias

2 – Sim

C10- Nos últimos 12 meses, teve dias de ausência ao trabalho por formação?

1 – Não ou três ou menos dias

2 – Sim

C11 – Nos últimos 12 meses, dias de ausência ao trabalho por outra razão que não doença ou formação?

1 – Não ou três ou menos dias

2 – Sim

C12– Em geral, diria que a sua saúde é^{iv}:

- | | | |
|--------------|---------------|---------|
| 1 - Óptima | 2 – Muito boa | 3 – Boa |
| 4 - Razoável | 5 – Fraca | |

D - Caracterização socioprofissional

Só deve escolher uma opção.

A resposta a qualquer das questões desta secção é opcional.

D1– Qual é a sua idade? 1 - Menos de 40 anos 2 - 40 ou mais anos

D2 – Qual é o seu sexo? 1 - Masculino 2 - Feminino

D3 - Qual é o seu regime de trabalho?
1- 35 horas 2 - 42 horas
3 – Outro

D4 – Que tipo de contrato tem neste centro de saúde?

- 1 – Contrato Individual sem termo
- 2 – Contrato Individual com termo
- 3 – Contrato Administrativo de Provisão
- 4 – Prestação de Serviços
- 5 – Nomeação
- 6 – Outro

D5 – Há quanto tempo está no Centro de Saúde actual?

- 1 - 5 ou menos anos 2 - Mais de 5 anos

D6 – Qual o seu tempo de exercício na actual actividade profissional?

- 1 - 10 ou menos anos 2 - Mais de 10 anos

^{iv} - Questão retirada do “MOS SF-36, versão portuguesa” / Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra

Anexo 3 Critérios utilizados para

avaliação das condições técnicas para a actividade dos médicos de família nos centros de saúde considerados pela Comissão (da Secção Regional do Sul da Ordem dos Médicos Portuguesa) de Avaliação das Condições Técnicas para a Actividade dos Médicos de Família nos Centros de Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

Este foi o racional para a escolha dos parâmetros avaliados por esta Comissão.

De acordo com a definição da Wonca^v Europa, a Medicina Geral e Familiar define-se por 11 características centrais^{vi}:

- a) ser normalmente o primeiro ponto de contacto médico com o sistema de saúde, proporcionando um acesso aberto e ilimitado aos seus utentes e lidando com todos os problemas de saúde, independentemente da idade, sexo, ou qualquer outra característica da pessoa em questão;
- b) utilizar eficientemente os recursos da Saúde, coordenando a prestação de cuidados, trabalhando com outros profissionais no contexto dos cuidados primários e gerindo a interface com outras

^v World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

^{vi} Wonca Europa. A definição europeia de Medicina Geral e Familiar. Lisboa: APMCG; 2003.

especialidades, assumindo um papel de advocacia do paciente sempre que necessário;

c) desenvolver uma abordagem centrada na pessoa, orientada para o indivíduo, a família e a comunidade;

d) ter um processo de consulta singular em que se estabelece uma relação ao longo do tempo, através de uma comunicação médico-paciente efectiva;

e) ser responsável pela prestação de cuidados continuados longitudinalmente, consoante as necessidades do paciente;

f) possuir um processo de tomada de decisão determinado pela prevalência e incidência de doença na comunidade;

g) gerir simultaneamente os problemas, tanto agudos como crónicos, dos pacientes individuais;

h) gerir a doença que se apresenta de forma indiferenciada, numa fase precoce da sua história natural, e que pode necessitar de intervenção urgente;

i) promover a saúde e bem estar através de intervenções tanto apropriadas como efectivas;

j) ter uma responsabilidade específica pela saúde da comunidade;

k) lidar com os problemas de saúde em todas as suas dimensões física, psicológica, social, cultural e existencial.

Para que o exercício da actividade dos Médicos de Família possa cumprir este perfil é necessário, entre outros requisitos, que existam nos Centros de Saúde as condições técnicas adequadas.

Esta Comissão considerou, para esta avaliação, como “Condições Técnicas para a Actividade dos Médicos de Família nos Centros de Saúde” os elementos estruturais e organizativos necessários para uma prestação adequada e de qualidade de cuidados de saúde no âmbito da Medicina Geral e Familiar.

A selecção dos parâmetros a avaliar baseou-se em dois documentos:

- “Levantamento das Condições técnicas dos Centros de Saúde para a prática da Medicina Familiar”, Ordem dos Médicos;
- “Caracterização dos Serviços para atribuição de capacidades formativas no Internato Complementar de Clínica Geral”, Conselho Nacional dos Internatos Médicos.

Os parâmetros de avaliação seleccionados são seguidamente apresentados divididos em nove áreas:

1. Enquadramento Geográfico e Estrutural dos Centros de Saúde

- distância da Sede do Centro de Saúde ao Hospital de referência,
- distâncias das extensões em relação à respectiva sede,
- número de unidades que os constituem, considerando como tal a sede e as suas extensões, desde que nelas se exerça Medicina Geral e Familiar,
- número de utentes inscritos em SINUS^{vii},
- tipo de organização para atendimento de situações urgentes,
- existência de sector de internamento nos Centros de Saúde.

2. Edifício

- origem: edifícios construídos de raiz ou edifícios adaptados
- estado de conservação das instalações : degradadas ou não degradadas
- acessibilidades para utentes com mobilidade diminuída (resolução de barreiras arquitectónicas), que facilitem o seu acesso ao interior das instalações
- organização dos espaços internos;
- condições de higiene das instalações, classificadas como boas ou más
- número de médicos por gabinete
- existência ou não de gabinetes adequados à vigilância de Saúde Infantil, Saúde Materna e Planeamento Familiar

^{vii} Sistema Informático Nacional de Utilizadores de Saúde – sistema informático de agendamento de consultas e recolha de dados estatísticos.

- dimensão das salas de espera avaliando-as quanto à sua adequação.

3. Equipamento

- equipamento mínimo nos gabinetes médicos para o exercício da Medicina Geral e Familiar (negatoscópio, estetoscópio, esfigmomanómetro, catre, balança, otoscópio, oftalmoscópio, lavatório com água canalizada, reservatórios de lixo dos grupos II/IV).
- pelo menos um computador (PC) utilizável pelo pessoal médico e outro pelo pessoal de enfermagem no Centro de Saúde.
- equipamento básico de atendimento da urgência:
- sala de esterilização, farmácia, sala de reuniões e biblioteca em pelo menos uma das unidades do Centro de Saúde.
- sala de tratamento e de vacinação em todas as unidades.
- central telefónica em todas as unidades.

4. Recursos humanos

- número de utentes sem Médico de Família atribuído
- média de utentes inscritos por Médico de Família
- média de horas extraordinárias semanais efectuadas por médico
- número médio de consultas diárias efectuadas por médico
- carga horária dos Médicos de Família
- existência ou não de Saúde Ocupacional para os profissionais do Centro de Saúde
- número de Médicos de Família
- número de Enfermeiros
- número de Administrativos
- número de Médicos de Saúde Pública
- número de outros profissionais.

5. Formação Profissional

- levantamento das necessidades formativas dos profissionais
- plano de formação

- participação dos Centros de Saúde na formação médica pré-graduada e nos internatos geral e complementar
- participação dos Centros de Saúde na formação de outros profissionais.

6. Planeamento / Organização

- planos de acção que incluíssem objectivos e metas
- relatórios anuais de avaliação das actividades desenvolvidas
- reuniões multiprofissionais periódicas de gestão/organização
- programas internos de avaliação de qualidade
- protocolos de articulação elaborados/negociados com instituições hospitalares ou outras
- participação dos Centros de Saúde em projectos de investigação
- trabalho em equipa.
- existência de chefias intermédias
- existência de coordenadores de programas nas diferentes áreas de intervenção dos Centros de Saúde

7. Sistemas de Informação e Comunicação

- programa SINUS nas diferentes unidades de saúde
- registo da vacinação neste sistema de informação (SINUS)
- existência de uma central telefónica nas respectivas unidades.

8. Atendimento

- sistema organizado de marcação de consultas programadas
- sistema organizado de resposta a situações urgentes
- gabinete do utente
- possibilidade dos Médicos de Família prestarem cuidados globais, integrados e continuados a famílias e indivíduos de todas as idades
- prestação efectiva de cuidados de saúde em Planeamento Familiar, Saúde Materna e Saúde Infantil
- prestação efectiva de cuidados domiciliários

9. Satisfação profissional dos Médicos de Família

- satisfação profissional
- expectativas quanto à carreira profissional
- motivação para a mudança de profissão, de carreira, de Centro de Saúde, e, ainda, para que o Centro de Saúde deixe de ser o local principal de trabalho
- auto-percepção do estado de saúde.

Anexo 4 Lista de variáveis utilizadas nos vários estudos desta tese

A - Variáveis de escala de intervalo ou razão.

Foram utilizadas no estudo 1 e 2. Ver anexos ... para ver a operacionalização das variáveis nos questionários respectivos.

A.1 - Questionário de satisfação no trabalho¹

- 1 - Sinto que o meu trabalho nunca é o mesmo todos os dias
- 2 - No final de um dia de trabalho não me sinto cansado(a)
- 3 - Em casa, desligo-me facilmente do trabalho
- 4 - Poucas vezes tenho que me aplicar a fundo no trabalho
- 5 - Poucas vezes o trabalho altera negativamente o meu ânimo
- 6 - Tenho autonomia para organizar o meu trabalho
- 7 - Tenho oportunidade de aprender coisas novas
- 8 - Tenho interesse pelas coisas que faço
- 9 - O meu trabalho é reconhecido
- 10 - A relação com as chefias é cordial (existe um bom relacionamento)
- 11 - A relação com os colegas é cordial (existe um bom relacionamento)
- 12 - O salário é adequado
- 13 - Ocupo o posto que mereço

¹ Utilizou-se um escala de likert ou de avaliação.

14 - Tenho possibilidades de promoção
15 - Não me sinto muito pressionado(a) pelo factor tempo
16 - Sei o que se espera de mim no trabalho
17 - Dou conta do trabalho que tenho de realizar
18 - Encontro-me capacitado para o meu trabalho
19 - Tenho acesso a recursos suficientes para o meu trabalho

20 - No trabalho, a competitividade não constitui problema para mim

21 - O meu Centro de Saúde tem as condições físicas suficientes para o meu trabalho

22 - No meu Centro de Saúde existem condições para um bom exercício da minha profissão

Factor 1- Pressão e exigência no trabalho

Factor 2 - Condições para o exercício profissional

Factor 3 - Interesse do trabalho

Factor 4 - Adequação para o trabalho

Factor 5 - Recompensa pelo trabalho

Factor 6 - Relações interpessoais e autonomia

Pontuação Global

1 - Sinto que o meu trabalho nunca é o mesmo todos os dias (média da unidade)

2 - No final de um dia de trabalho não me sinto cansado(a) (média da unidade)

3 - Em casa, desligo-me facilmente do trabalho (média da unidade)

4 - Poucas vezes tenho que me aplicar a fundo no trabalho (média da unidade)

5 - Poucas vezes o trabalho altera negativamente o meu ânimo (média da unidade)

- 6 - Tenho autonomia para organizar o meu trabalho (média da unidade)
- 7 - Tenho oportunidade de aprender coisas novas (média da unidade)
- 8 - Tenho interesse pelas coisas que faço (média da unidade)
- 9 - O meu trabalho é reconhecido (média da unidade)
- 10 - A relação com as chefias é cordial (existe um bom relacionamento) (média da unidade)
- 11 - A relação com os colegas é cordial (existe um bom relacionamento) (média da unidade)
- 12 - O salário é adequado (média da unidade)
- 13 - Ocupo o posto que mereço (média da unidade)
- 14 - Tenho possibilidades de promoção (média da unidade)
- 15 - Não me sinto muito pressionado(a) pelo factor tempo (média da unidade)
- 16 - Sei o que se espera de mim no trabalho (média da unidade)
- 17 - Dou conta do trabalho que tenho de realizar (média da unidade)
- 18 - Encontro-me capacitado para o meu trabalho (média da unidade)
- 19 - Tenho acesso a recursos suficientes para o meu trabalho (média da unidade)
- 20 - No trabalho, a competitividade não constitui problema para mim (média da unidade)
- 21 - O meu Centro de Saúde tem as condições físicas suficientes para o meu trabalho (média da unidade)
- 22 - No meu Centro de Saúde existem condições para um bom exercício da minha profissão (média da unidade)

Factor 1 - Pressão e exigência no trabalho (média da unidade)

Factor 2 - Condições para o exercício profissional (média da unidade)

Factor 3 - Interesse do trabalho (média da unidade)

Factor 4 - Adequação para o trabalho (média da unidade)

Factor 5 - Recompensa pelo trabalho (média da unidade)

Factor 6 - Relações interpessoais e autonomia (média da unidade)

Pontuação Global (média da unidade)

A.2 - Outras variáveis

Idade do Médico

Anos de Exercício na Profissão de Médico

Tempo no Centro de Saúde Actual

Nº de utentes inscritos por médico de família

Nº de utentes inscritos no centro de saúde com médico por médico de família

Nº de utentes sem médico atribuído por utente inscrito

Nº de utentes sem médico atribuído por médico de família

Nº de Enfermeiros por Médico de Família

Nº de Administrativos por Médico de Família

Percentagem de médicos de família com horário de 35 horas

Percentagem de médicos de família com horário de 42 horas

Nº de médicos de família por gabinetes de consulta

Administrativos por utente

Utentes por administrativos

Utentes por enfermeiros

Nº de outras profissões a exercer no centro de saúde para além dos médicos e enfermeiros

Percentagem de edifícios do centro de saúde que foram construídos para serem unidades de saúde de origem

Percentagem de edifícios do centro de saúde com instalações degradadas

Percentagem de edifícios do centro de saúde sem acessibilidade para deficientes

Percentagem de edifícios do centro de saúde com salas de espera inadequadas

Percentagem de edifícios do centro de saúde com má organização dos Espaços

Percentagem de edifícios do centro de saúde com má higiene

Percentagem de médicos de família do centro de saúde que Não escolhia a mesma Profissão se pudesse voltar ao princípio

Percentagem de médicos de família do centro de saúde que escolhia a mesma Profissão se pudesse voltar ao princípio

Percentagem de médicos de família do centro de saúde que Talvez escolhesse a mesma Profissão se pudesse voltar ao princípio

Percentagem de médicos de família do centro de saúde que Não sabe se escolhia a mesma Profissão se pudesse voltar ao princípio

Percentagem de médicos de família do centro de saúde que Não escolhia a mesma Carreira se pudesse voltar ao princípio

Percentagem de médicos de família do centro de saúde que escolhia a mesma Carreira se pudesse voltar ao princípio

Percentagem de médicos de família do centro de saúde que Talvez escolhesse a mesma Carreira se pudesse voltar ao princípio

Percentagem de médicos de família do centro de saúde que Não sabe se escolhia a mesma Carreira se pudesse voltar ao princípio

Percentagem de médicos de família do centro de saúde que Não escolhia o centro de saúde como local principal de trabalho se pudesse voltar ao princípio

Percentagem de médicos de família do centro de saúde que escolhia o centro de saúde como local principal de trabalho se pudesse voltar ao princípio

Percentagem de médicos de família do centro de saúde que Talvez escolhesse o centro de saúde como local principal de trabalho se pudesse voltar ao princípio

Percentagem de médicos de família do centro de saúde que Não sabe se escolhia o centro de saúde como local principal de trabalho se pudesse voltar ao princípio

Percentagem de médicos de família do centro de saúde que Não escolhia o mesmo centro de saúde se pudesse voltar ao princípio

Percentagem de médicos de família do centro de saúde que escolhia o mesmo centro de saúde se pudesse voltar ao princípio

Percentagem de médicos de família do centro de saúde que Talvez escolhesse o mesmo centro de saúde se pudesse voltar ao princípio

Percentagem de médicos de família do centro de saúde que Não sabe se escolhia o mesmo centro de saúde se pudesse voltar ao princípio

Percentagem de quantidade de embalagens de genéricos em relação ao total de embalagens dos medicamentos prescrita no centro de saúde (em 2002)

Percentagem da Despesa para SNS com genéricos em relação ao total dos medicamentos prescrita no centro de saúde (em 2002) (valor da comparticipação do serviço nacional de saúde)

Percentagem de quantidade de embalagens de genéricos em relação ao total de embalagens dos medicamentos prescrita no centro de saúde (em 2003)

Percentagem da Despesa para SNS com genéricos em relação ao total dos medicamentos prescritos no centro de saúde (em 2003) (valor da comparticipação do serviço nacional de saúde)

Percentagem de quantidade de embalagens de genéricos em relação ao total de embalagens dos medicamentos prescritos no centro de saúde - média de 2002/2003

Despesa para SNS com medicamentos (genéricos + não genéricos) por embalagem prescrita - média de 2002/2003 (valor da comparticipação do serviço nacional de saúde)

Despesa para SNS com medicamentos (genéricos + não genéricos) por utente - média 2002/2003 (valor da comparticipação do serviço nacional de saúde)

Despesa para SNS com medicamentos (genéricos + não genéricos) por utente e por médico - média de 2002/2003 (valor da comparticipação do serviço nacional de saúde)

Quantidade de embalagens de medicamentos (genéricos + não genéricos) prescrita por utente - média de 2002/2003

Quantidade de embalagens de medicamentos (genéricos + não genéricos) prescrita por utente e por médico de família - média de 2002/2003

Despesa para SNS com medicamentos (genéricos + não genéricos) por embalagem prescrita - média de 2002/2003 (valor da comparticipação do serviço nacional de saúde)

Valor comparticipado pelo serviço nacional de saúde dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) pedidos por utente do centro de saúde (em 2003)

Valor comparticipado pelo serviço nacional de saúde dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica pedidos por utente e por médico de família

Número de MCDT pedidos por utente do centro de saúde (em 2003)

Número de MCDT pedidos por utente e por médico de família (em 2003)

B - Variáveis de escala ordinal

Foram utilizadas no estudo 1 e 2. Ver anexos ... para ver a operacionalização das variáveis nos questionários ou ckcheck-list respectivos.

Habilitações Profissionais

Expectativas Iniciais Quanto à Carreira de MGF, de 5 - Muitos boas a 1 - Muito Más

Expectativas Actuais Quanto à Carreira de MGF, de 5 - Muitos boas a 1 - Muito Más

Evolução das expectativas em relação à Carreira (actuais-iniciais)

Expectativas iniciais quanto à carreira de MGF, de 5 - Muitos boas a 1 - Muito Más (média da unidade)

Expectativas actuais quanto à carreira de MGF, de 5 - Muitos boas a 1 - Muito Más (média da unidade)

Evolução das expectativas (actuais - iniciais) (média da unidade)

Auto-percepção do Estado de Saúde, numa escala de 5 - óptima a 1 – fraca

Auto-percepção do estado de saúde, numa escala de 5 - óptima a 1 - fraca (média da unidade)

C - Variáveis de escala nominal

Foram utilizadas no estudo 1 e 2. Ver anexos ... para ver a operacionalização das variáveis no questionário.

Regime de Trabalho

Se voltasse ao princípio, Escolhia a Mesma Profissão?

Se voltasse ao princípio, Escolhia a Mesma Profissão
(médicos que responderam Sim)

Se voltasse ao princípio, Escolhia a Mesma Profissão
(médicos que responderam Não)

Se voltasse ao princípio, Escolhia a Mesma Carreira?

Se voltasse ao princípio, Escolhia o Centro de Saúde como
Local Principal de Trabalho?

Se voltasse ao princípio, Escolhia o Mesmo Centro de Saúde?

Sexo

Via de obtenção do título de especialista em MGF

Exercício de outras actividades para além da prestação de cuidados de saúde

Exercício de clínica privada

Provimento no quadro do centro de saúde

Anexo 5 Consentimento informado para a participação nos *focus-groups*

CONSENTIMENTO INFORMADO

A qualidade dos serviços de saúde pressupõe um papel activo dos cidadãos, em que estes se manifestam em relação ao que lhes parece bem e ao que lhes parece menos bem. Neste sentido, está a ser realizado o projecto "Os Centros de Saúde em Portugal: Determinantes da Satisfação com o Funcionamento Actual & Prioridades de Reforma - Abordagem Qualitativa", promovido e financiado pela Missão para os Cuidados de Saúde Primários, e que está a ser levado a cabo pela Unidade de Sistemas de Saúde do Instituto de Higiene e Medicina Tropical.

O estudo pressupõe a realização do Grupo de Discussão para que foi convidado/a. Estamos certos que deste diálogo surgirão novas ideias para melhorar os Cuidados de Saúde Primários e para aumentar a satisfação de todos os envolvidos nesta tarefa de manter a saúde e o bem-estar. O objectivo é contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços que são prestados pelos Cuidados de Saúde Primários em Portugal.

Assim, informamos que:

- O Grupo de Discussão tem uma duração que oscila entre uma a três horas;
- As opiniões recolhidas serão utilizadas única e exclusivamente para fins científicos;
- A informação recolhida é confidencial;
- Será mantido o anonimato dos participantes;
- Para otimizar o tratamento da informação, será efectuada a gravação áudio e vídeo;
- Os participantes têm a liberdade para desistir da participação a qualquer momento.

Para os devidos efeitos, declaro estar devidamente esclarecido(a) sobre o estudo, aceitar participar no Grupo de Discussão e dar o meu consentimento para que seja efectuada a recolha da informação, que será utilizada apenas para os fins mencionados.

(assinatura ou rubrica)

Anexo 6 PRO-SATIS - Aplicação

informática para produção automática,
dinâmica e personalizada de relatórios

PRO-SATIS - Aplicação informática para produção automática, dinâmica e personalizada de relatórios com quadros customizados do questionário e textos pré-definidos conforme as preferências do destinatário do relatório

Texto sobre a aplicação informática de autoria Karol Marcin Dobrzanski e Paulo Jorge Nogueira efectuada por encomenda e segundo caderno de encargos de André Biscaia e financiado, em parte, pelo prémio atribuído a André Biscaia pela Comissão de Fomento da Investigação em Cuidados de Saúde, Ministério da Saúde P.I. nº 139/2007.

No mundo de hoje, em pleno século XXI, já não faz sentido o paradigma de fazer um único relatório estático que demorou tempo incomensurável a produzir e cuja relevância é não haver mais nada que possa ser usado como referência. Estamos de facto hoje em condições de, em tempo real, colher dados, analisá-los e construir relatórios personalizados que vão ao encontro das expectativas e necessidades dos interessados na informação produzida.

1) Razões da apresentação do projecto na forma de aplicação web

- A abordagem de aplicação web com a respectiva base de dados centralizada permite que os utilizadores interessados e destinatários da informação beneficiam da criação de relatórios dinâmicos personalizados de acordo com as especificações determinadas pelo administrador da informação
- O administrador tem controlo centralizado sobre o acesso e permissões dos utilizadores
- O administrador é capaz de actualizar os dados do questionário e as alterações são imediatamente disponibilizadas para todos os utilizadores

- O administrador tem a capacidade de redesenhar a estrutura ou elementos dos relatórios e os usuários serão capazes de ver as mudanças instantaneamente
- Os utilizadores têm a possibilidade de escolher os elementos (de entre os quais tem permissões de visualização) que comporão o seu relatório antes da sua produção
- Os relatórios são produzidos/gerados dinamicamente apenas por solicitação do utilizador

2) Porque foi escolhida a linguagem PHP

PHP é um servidor e uma linguagem de programação orientada para a internet que permite escrever aplicações de internet dinâmicas. A linguagem PHP tem a capacidade de criar e gerar de forma dinâmica imagens e gráficos; propriedade particularmente útil neste projecto. O servidor PHP é rápido, confiável, gratuito, tem a capacidade de trabalhar com uma ampla variedade de bases de dados, e permite a controlo das sessões nos browsers o que torna as aplicações web por ele criadas altamente seguras garantido que se pode prestar um serviço personalizado e protegido por senhas de acesso individuais.

Anexo 7 Variáveis utilizados para a criação dos modelos de regressão linear múltipla

Auto-percepção do estado de saúde, numa escala de 5 -
ótima a 1 - fraca (média da unidade)

Nº de utentes inscritos

Nº de utentes inscritos por médico de família

Nº de utentes inscritos por unidade

Nº de utentes sem médico de família atribuído

Nº de utentes inscritos com médico por médico de família

Nº de utentes sem médico atribuído por médico de família

Nº de médicos de família por gabinetes de consulta

Nº de Médicos de Família

Nº de Enfermeiros

Nº de Enfermeiros por Médico de Família

Nº de médicos de família por unidade do centro de saúde

Percentagem de edifícios do centro de saúde que foram
construídos para serem unidades de saúde de origem

Percentagem de edifícios do centro de saúde com instalações
degradadas

Percentagem de edifícios do centro de saúde com má
organização dos Espaços

Horas Extra por médico de família e por semana (dados do CS)

Expectativas actuais quanto à carreira de MGF, de 5 - Muitos
boas a 1 - Muito Más (média da unidade)

Idade média dos médicos do centro de saúde

Número de anos de no mesmo centro de saúde (média do centro de saúde)

Número de anos de Exercício na Profissão de Médico (média do centro de saúde)

Sexo Feminino

Percentagem de médicos de família Chefes de serviço

Obtenção do título de especialista pelo Internato Complementar

Percentagem de médicos de família com horário de 42 horas

Exercício de Outras Actividades para além da Prestação de Cuidados de Saúde - Sim

Percentagem de médicos de família que exercem clínica privada

Percentagem de médicos de família sem provimento em lugar do quadro

Anexo 8 Resultados totais da análise de conteúdo das questões de resposta aberta – áreas a mudar no local de trabalho e fontes de stresse no local de trabalho do questionário do Estudo 2

Resultados

As respostas foram ordenadas em grupos com a mesma área temática.

Quadro-sinopse dos resultados

Áreas temáticas	Número de Citações obtidas	
	Áreas a mudar no local de trabalho	Fontes de Stresse no local de trabalho
Organização / Gestão	290	271
Instalações e Equipamento	150	63
Recursos Humanos	118	42
Condições para o exercício profissional	66	8
Chefias	14	17
Utentes	12	95
Relações com outras instituições de saúde e profissionais de saúde exteriores ao CS	19	25
Sistema de Saúde	19	23
Meios de Comunicação Social	-	5
Características pessoais em relação com o exercício profissional	-	13

À questão “**O que é que mudava, e como, no seu local de trabalho (refira apenas os 3 pontos mais importantes) ?**” responderam 245 médicos (80,1% do total) correspondendo a 688 citações que foram ordenadas nos seguintes oito grupos temáticos (O número entre parênteses refere-se ao número de vezes que o assunto foi referido pelos médicos):

- I organização / gestão (com 290 citações)
- II instalações e equipamento (com 150 citações)
- III recursos humanos (com 118 citações)
- IV condições para o exercício profissional (com 66 citações)
- V relações com outras instituições de saúde e profissionais de saúde exteriores ao centro de saúde (com 19 citações)
- VI sistema de saúde (com 19 citações)
- VII chefias (com 14 citações)
- VIII utentes (com 12 citações)

Os oito grupos temáticos subdividiram-se em subáreas temáticas e estas em tópicos apresentados a seguir.

I - Organização / Gestão (290)

Este é o grupo temático com maior volume de citações (290), estando subdividido em 10 subáreas temáticas:

a) Modelo de gestão / Autonomia / Responsabilização (38)

É referida a necessidade de novos modelos de gestão, com menos burocracia (16) (nas palavras de um médico com “redução da papelada e dos intermediários”), com uma maior descentralização (1) e consensualização de objectivos e priorização das actividades (3), com maior participação dos profissionais de saúde quanto à forma de organizar o trabalho (2) e maior autonomia dos médicos para gerir a sua actividade profissional (8). Para um médico a gestão deveria ser efectuada

pelos profissionais de saúde (1). Um outro médico refere, por seu lado, que “acabava com a autogestão dos colegas”(1).

Outro médico refere-se nestes termos à gestão do centro de saúde: “Mudava a supremacia absoluta da nova gestão informatizada (administrativa) e desumanizada da consulta, que actualmente priva o médico de qualquer tipo de autonomia no seu trabalho e que, pelos espaços de tempo obrigatórios, padronizados, não adaptados nem individualizados, muito exíguos, atribuídos às consultas, tornam o quotidiano monótono e repetitivo num violento e perigoso factor de stresse, contribuindo muitíssimo para a desmotivação e o burnout” (1).

É ainda proposta uma maior flexibilidade na gestão de tarefas e procedimentos, contribuindo para uma eventual alteração de mentalidades através de maior responsabilização individual e noção de valores (1).

A necessidade de uma melhor gestão de recursos é igualmente referida (1). “Introduzia outra dinâmica geral” foi o que referiu um médico em relação ao funcionamento do centro de saúde no seu todo (1). A gestão deveria passar de “centrada na organização para centrada no doente” defende outro médico (1), diminuindo-se, segundo um outro, a pressão quanto a gastos no sentido de proporcionar aos utentes aquilo que os profissionais considerarem ser o melhor para estes (1).

b) Organização geral da actividade do centro de saúde (54)

A organização global do centro de saúde deveria ser reformulada, para dezassete médicos, devendo apenas ser introduzidas alterações em determinados serviços, para nove médicos, em particular no sector administrativo, para cinco profissionais. (31).

A realização periódica de reuniões sobre a organização dos serviços assim como a discussão dos vários programas, projectos ou casos clínicos é sugerida por sete médicos (7).

O sistema de comunicação com utentes e funcionários é criticado por cinco médicos dizendo estes que poderia ser melhorado (5).

A criação de uma consulta para triagem de doentes e solução de situações burocrático/administrativas (como credenciais, receitas, etc.) foi sugerida por um médico (1). Passar a só ter consultas do dia, acabando-se com as programadas foi, também, aventado por um médico (1).

Deveria ser dada mais importância à área da prevenção e promoção da saúde, para três médicos e às actividades não assistenciais, para um médico (4).

Outra área de crítica é o acesso a determinadas zonas do CS, advogando cinco médicos a limitação do acesso livre dos utentes aos pisos da consulta (5).

c) Relacionamento entre grupos profissionais – trabalho em equipa (75)

O trabalho em equipas estáveis ao longo do tempo deve ser estimulado (31), referindo quatro médicos o modelo das “unidades familiares” (com médicos, enfermeiros e administrativos) como o mais adequado (4)¹.

É focada, igualmente, a necessidade de melhorar o relacionamento interpessoal e a comunicação entre os profissionais do Centro de Saúde, combatendo o isolamento (10). Um modo de incentivar este trabalho em equipa seria através da constituição de grupos de trabalho multiprofissionais e da existência de formação conjunta (3) – criar “espaços de partilha de experiência entre todos os profissionais”.

Seria importante, ainda, que cada profissional conhecesse claramente as suas funções e responsabilidades dentro da equipa (6). Há referências à vantagem de uma maior colaboração com o sector da enfermagem (17) e administrativo (4).

¹ É de realçar que estes questionário é de 2002/2003 portanto 3 anos antes da reforma dos cuidados de saúde primários que estabeleceu as unidades de saúde familiares.

d) Horários de trabalho (14)

Para alguns médicos, o horário de trabalho deveria ser repensado referindo dois que é excessivo (2), devendo ser mais flexível (4), coordenando-se o horário de todos de uma forma mais efectiva (2), compensando quem cumpre o horário (4) e que todos os horários deveriam ser iguais na mesma carreira médica (1). Um médico refere que deveria haver mais tempo atribuído a actividades de prevenção (1).

e) Carga de trabalho (21)

A carga de trabalho no centro de saúde é razão de crítica, referindo dez médicos que as listas deveriam ser diminuídas para assim melhor poderem gerir a sua lista de utentes (10), nove dizem que deveria ser limitado o número de consultas por dia (9), para outro médico a pressão externa, nomeadamente no que se refere aos utentes de sector privado para transcrição de exames complementares pedidos, deveria ser limitada (1) e outro alerta para que se deveriam realizar estudos sobre a referenciação dos CSP para os outros níveis de cuidados, que deveria ser o mais diminuta possível (1)

f) Acesso, sistema de marcação de consultas e atendimento (32)

O sistema de marcação de consultas é igualmente visado pelas críticas de dezasseis médicos (16), dentro dos quais nove referem que deveria ser gerido pelo médico de família segundo objectivos acordados com a Direcção e dois que o sistema de marcação prejudica os utentes. O acesso à consulta também deveria ser alterado com implementação de taxas moderadoras mais adequadas de modo racionalizar o consumo dos cuidados, para dez médicos (10). O atendimento, em geral, merece a crítica de seis médicos, referindo um destes que deveria ser alargado o período de atendimento (6).

**g) Serviço de urgência / Consulta Alternativa /
Atendimento Complementar / CATUS / SAP / SAC
(41)**

Os problemas evidenciados neste grupo temático surgem logo com as diferentes denominações que são utilizadas para descrever os serviços de atendimento de situações agudas/urgentes ou dos utentes que não têm médico de família atribuído. A necessidade de reorganização no geral deste tipo de atendimento é sentida por trinta e dois médicos (32), destes, quatro consideram que o horário deveria ser alterado, dois que deveria ter mais médicos e um que deveria ter mais enfermeiros. Para oito médicos este tipo de atendimento deveria terminar, havendo uma maior dedicação aos utentes das listas de cada médico (8). Um dos médicos considera que não deveria ter de fazer urgências na área da saúde infantil (1).

h) Normas para a prática clínica (2)

Dois médicos referem a necessidade de criação de normas da prática clínica, especificando um deles que estas deveriam ser consensuais (2).

i) Investigação (11)

Onze médicos defendem um maior apoio à investigação (11).

j) Segurança no local de trabalho (2)

Dois médicos referem que deveriam existir elementos para assegurar a segurança no local de trabalho (2).

A área da organização / gestão dos CS é responsável por quase metade de todas as citações efectuadas evidenciando-se como a área em que mais MF pretendem ver mudanças e, portanto, deverá ter importância na satisfação profissional dos médicos de família. Os aspectos mais referenciados nesta área foram:

- a reorganização geral ou sectorial do CS, com especial foco nos serviços de atendimento a situações urgentes
- a diminuição da burocracia associada à actividade profissional
- o aumento da autonomia dos médicos de família com descentralização das decisões e aumento da participação e responsabilização dos profissionais na gestão das unidades
- a promoção do trabalho em equipas estáveis (fazendo-se referência três anos antes da reforma dos cuidados de saúde primários ao modelo das “unidades familiares” (com médicos, enfermeiros e administrativos) como sendo o mais adequado
- a necessidade de melhorar o relacionamento interpessoal e a comunicação entre os profissionais do Centro de Saúde, combatendo o isolamento.
- a melhor definição do papel de cada profissional no CS
- a diminuição da carga de trabalho (quer de utentes em lista quer por dia de trabalho)
- a flexibilização dos horários
- a melhoria do sistema de marcação de consultas, com uma participação mais directa do MF
- a redução do acesso dos utentes à consulta (considerado demasiado fácil) quer por taxas moderadoras mais adequadas quer pela restrição do acesso físico aos locais de consulta
- criação e implementação de normas para a prática clínica
- o fomento da investigação nos centros de saúde.

II – Instalações e Equipamento (150)

É a segunda área mais referenciada como necessitando de mudanças. Foi subdividida em 6 subáreas:

a) Localização e acessibilidades do Centro de Saúde (14)

A localização do Centro de Saúde merece a referência, pela sua inadequação, a sete médicos (7). Um médico refere a necessidade de melhoria nos transportes (1).

Também a deficiente acessibilidade dos utentes com dificuldade de mobilização ao Centro de Saúde é referida por seis médicos (6).

b) Edifício (82)

A grande maioria queria novas e melhores instalações (81), exemplificando a seguinte frase a posição deste grupo de médicos: “Mudar todo o espaço físico do Centro de Saúde para instalações que dignifiquem o acto médico que é a consulta”. Um médico advoga mesmo “acabar com as extensões onde não há condições de trabalho” (1).

c) Organização interior (17)

A organização interior merece o reparo de cinco médicos quanto ao circuito do utente dentro do centro de saúde (5) e ao conforto enquanto espera (1) e outros cinco quanto à distribuição dos gabinetes pelas várias actividades dos CS (5). Três médicos referem a necessidade de salas adequadas para as actividades da Saúde Materno-Infantil e da pequena cirurgia (3). Um médico advoga instalações que proporcionem “mais privacidade para o médico e para o doente”(1). Um médico critica o local e condições onde é recebida a Indústria Farmacêutica pelos médicos (1) e outro médico afirma que deve ser dinamizado o espaço de trabalho e de convívio (1).

d) Gabinetes (9)

Ter gabinetes individuais (ou no máximo bipartidos), para gerir melhor todas as actividades (7). Dois médicos referem necessitar de gabinetes com maiores dimensões e mais adequados à actividade clínica (2).

e) Amenidades (12)

As condições de conforto dentro do Centro de Saúde, quanto a temperatura, humidade ou ruído são referidas como necessitando de ser melhoradas por dez médicos (10). A limpeza das instalações deveria ser assegurada durante todo o período de funcionamento do centro de saúde na opinião de um dos médicos (1). Um médico refere que o estacionamento deveria ser melhorado (1).

f) Equipamento (16)

Dois médicos referem que falta quase tudo em termos de equipamento (2) e outros seis referem haver necessidade de melhorar o equipamento (6). Seis referem a melhoria do sistema telefónico (nomeadamente um telefone no gabinete) (6) e um reivindica um computador no gabinete (1) e a informatização dos ficheiros (1).

A área das instalações e equipamento é a segunda área mais referenciada como necessitando de mudanças. Foram referenciadas mais frequentemente:

- a melhoria do edifício onde o centro de saúde está instalado
- não ter de partilhar gabinetes de consulta
- a melhoria da organização interior do centro de saúde, nomeadamente no que se refere ao circuito do utente
- o aumento do conforto das instalações quanto à temperatura, humidade e ruído
- a renovação do equipamento, em particular do sistema telefónico.

III - Recursos Humanos (118)

Foi subdividida em 4 subáreas:

a) Número de profissionais (51)

Mais recursos humanos em todos os grupos profissionais é solicitação de dezasseis médicos (16), outros dezasseis referiam apenas a falta de mais médicos (16) e seis de mais enfermeiros (6). Um maior número de administrativos e de auxiliares era reclamado por oito médicos (8), referindo um médico que deveria haver um administrativo por cada médico (1). Um médico referia especificamente a necessidade de outras profissões da saúde como psicólogo, higienista oral, fisioterapeuta, etc, (1) e outros dois a contratação de médicos hospitalares (Pediatria, Obstetrícia, Psiquiatria) (2). Um médico refere, ainda, a vantagem da existência de um corpo de voluntários nos centros de saúde (1).

b) Gestão dos recursos humanos (20)

A gestão dos recursos humanos surge como deficitária no global (5), em especial no grupo dos administrativos (8), havendo necessidade de maior estabilidade do pessoal administrativo (1).

Um médico referiu que deveria ser facilitada a “saída de quem não trabalha o suficiente no centro de saúde”(1) e outro considera que se deveria pedir desculpa pela “forma humilhante como os serviços” têm tratado os médicos de família (1). Um outro evidenciou que deveria haver melhor gestão das ausências ao trabalho dos profissionais de saúde (1). Dois referiram que haveria benefício se os médicos de família se especializassem em actividades específicas de acordo com as suas motivações e capacidades (2). Um médico critica desfavoravelmente o sistema de progressão na carreira que diz ser sensível à “corrupção”(1).

c) Formação (37)

É referida a necessidade de mais e melhor formação profissional de acordo com as necessidades dos profissionais e do serviço e como uma forma de investimento no trabalho no centro de saúde, de melhoria e de incentivo (16), em particular no sector administrativo (9) e no médico (5). Um médico considera que o acesso à especialidade de Medicina Geral e Familiar deveria ser alterado (1).

Um médico refere a importância de algumas sessões de formação deverem ser ministradas pelos próprios médicos do centro de saúde (1). Dois médicos referem a organização de espaços de formação mais informais para os médicos (2) e outros três de pequenos estágios em consultas hospitalares ou mais formação em meio hospitalar (3).

d) Desempenho (10)

Houve referências à necessidade de melhoria do desempenho dos profissionais em termos globais (3) e, em particular, do sector administrativo (4) e de enfermagem (1). Um médico sugere que deveria ser implementado um programa de avaliação de desempenho e qualidade (1).

Um médico advoga um maior envolvimento de todos na melhoria da qualidade de actuação a nível do Centro de Saúde (1).

Os recursos humanos dos CS aparecem em terceiro lugar na hierarquia das áreas com mais referências. De entre os mais frequentes, podemos seleccionar os seguintes tópicos:

- mais recursos humanos, principalmente médicos e administrativos (foi explanada a vantagem da existência de um administrativo por cada médico) assim como outras profissões da saúde para além de médicos, enfermeiros e administrativos
- a gestão dos recursos humanos surge como deficitária no global, em especial no grupo dos administrativos
- deveriam ser tomadas medidas para aumentar a motivação no trabalho, nomeadamente através de espaços de formação mais adequados, melhores modelos de progressão na carreira, melhor *feedback* em relação ao trabalho realizado ou uma organização da actividade mais harmonizada com cada trabalhador
- a melhoria da formação profissional, que deveria ter em conta as necessidades dos profissionais e do serviço, em particular no sector administrativo e médico (foi igualmente sondado o benefício de espaços de formação mais informais)
- o desempenho em termos globais deveria ser melhorado (fazendo-se referência também à necessidade de programas de avaliação do desempenho)
- uma maior participação da comunidade nomeadamente através da constituição de corpos de voluntários.

IV - Condições para o exercício profissional (66)

As condições para o exercício profissional constituem uma área igualmente importante, estando aqui subdividida em 3 subáreas:

a) Recursos Técnicos / informatização (38)

São necessários recursos técnicos novos e adequados (8), vinte e três referem especificamente um maior apoio informático, em especial na parte clínica (23). Mas um médico demonstra uma atitude ambivalente em relação ao papel da informática no centro de saúde “actualmente (o computador) é o patrão absoluto, é o gestor frio e cruel que serve somente a estatística pura não sendo sequer um instrumento de trabalho do médico, que a ele não tem acesso e que dele depende em absoluto” (1). Cinco referem a inexistência de uma biblioteca no seu centro de saúde (5) e um gostaria de ter maior apoio científico (1).

b) Regime remuneratório (22)

Treze médicos referiram que a remuneração deveria corresponder ao trabalho desenvolvido individualmente em função da produtividade e qualidade (13). Houve seis referências a que a remuneração deveria ser melhor e compatível com a responsabilidade inerente ao cargo (6). Um médico referiu que o actual sistema remuneratório (salário fixo) premeia a passividade (1). Dois consideram que o Regime Remuneratório Experimental deveria ser alargado a todos (2).

c) Condições de trabalho no geral (6)

Quatro médicos referem a necessidade de melhoria das condições de trabalho no seu global (4), um refere a melhoria das condições de trabalho no serviço de urgências (CATUS) (1) e outro das condições de trabalho da enfermeira com quem trabalha (1).

Quanto às condições para o exercício profissional, as áreas mais referidas foram:

- mais e melhores recursos técnicos, nomeadamente apoio informático na área clínica
- o sistema retributivo deveria ser mudado, passando a reflectir o desempenho e a responsabilidade de cada profissional (considerando-se que o actual sistema de salário fixo premeia a passividade e que o Regime Remuneratório Experimental deveria ser alargado a todos)
- as condições trabalho no seu geral deveriam ser melhoradas.

V - Relações com outras instituições de saúde e profissionais de saúde exteriores ao Centro de Saúde (19)

Para doze médicos existe necessidade de promover uma maior articulação com o Hospital de referência (12), sendo sugerido por um médico que esta poderia inclusivamente ser efectuada por intermédio de contacto directo com os colegas dos hospitais (1). É apontada por três médicos a necessidade de um "melhor relacionamento com os colegas dos hospitais com quem o centro de saúde trabalha", nomeadamente através de reuniões clínicas conjuntas e consultas das especialidades hospitalares no centro de saúde" (3). Para além disso, regista-se a sugestão de aumentar a autonomia dos Centros de Saúde, nomeadamente garantido consultas de algumas especialidades básicas nos centros de saúde (3).

Nesta área temática, em síntese, foi referido que:

- na relação com outras instituições de saúde e profissionais de saúde exteriores ao CS, é sentida a necessidade de promoção de uma maior articulação com os serviços hospitalares, nomeadamente através de reuniões clínicas conjuntas e consultas das especialidades hospitalares no CS.

VI - Sistema de Saúde (19)

Foi subdividida em 3 subáreas:

a) Iniciativa privada (8)

Três médicos advogam a gestão privada do Centro de Saúde (3), o atendimento em consultório privado de todos os utentes (1), outras formas de liberalização dos serviços públicos (2), bem como a liberalização da prescrição de exames complementares, abrindo-a aos serviços fora do Serviço Nacional de Saúde (1).

Por outro lado, um médico opõe-se à “provável empresarialização / gestão dos centros de saúde” (1).

b) Disposições legais relativas à Saúde (7)

Para três médicos, o modelo das actuais receitas (3) e o actual esquema de certificação da incapacidade temporária para o trabalho deveriam ser alterados, sendo que, para um médico, este deveria deixar de ser efectuado nos centros de saúde (1) e para outro deveria ser alargado aos médicos a exercer em regime privado (1). Um médico considera que a isenção do pagamento das taxas moderadoras relativas às consultas deveria ser só aplicadas até um limite máximo de consultas (1). Um médico refere que deveria haver conformidade da lei portuguesa com as directivas comunitárias relativas às folgas e períodos nocturnos (1).

c) Orientação Política (4)

Um médico advoga que deve ser mudado “tudo” (1), outro questiona-se “Vale a Pena Dizer?... Mais Vezes?...” (1). Um médico defende que deveria haver mais “educação dos políticos /

governantes” (1) e outro mudava “a cabeça dos responsáveis pela Saúde dos portugueses” (1).

Os aspectos relacionados com o próprio sistema de saúde também são alvo de sugestões de melhoria através de:

- um aumento da iniciativa privada, nomeadamente na gestão de CS (embora também existam médicos que expressam o seu repúdio por esta opção)
- mudanças em disposições legais como o modelo actual das receitas médicas, os modelos de certificação de incapacidade temporária ou as situações de isenção de taxas moderadoras (considerando-se que deveria existir um limite máximo de consultas para que houvesse isenção)
- em termos mais gerais, alguns consideraram que o sistema não é responsivo às suas sugestões e, ainda, que deveria ser mudado “tudo”, nomeadamente a mentalidade dos responsáveis pela Saúde.

VII – Chefias (14)

As chefias deveriam ser alvo de mudança na opinião de oito médicos, destes dois referem que as chefias não deveriam ser escolhidas, mas deveriam acontecer por progressão na carreira (8). Um médico considera que deveria ser criado um novo modelo de chefia (1) e dois consideram que os lugares de chefia deveriam ser rotativos e com um período máximo de exercício do cargo (2).

As chefias da parte administrativa deveriam ser melhoradas para dois médicos (2). O relacionamento com as chefias e a coordenação enfermagem/médicos é alvo de críticas de um dos médicos (1).

Nesta área considerou-se que as chefias dos CS também deveriam ser melhoradas:

- na sua selecção (por progressão na carreira e não por escolha política ou rotativamente)
- no seu modelo de actuação
- e na relação com os profissionais.

VIII – Utentes (12)

Diversos profissionais sugerem que os utentes necessitam de ser sensibilizados e disciplinados quanto à relação doente/médico (1), sobretudo no que diz respeito ao “consumo” excessivo de actos médicos (6), sendo inclusivamente sugerida a criação de penalizações para os utentes incumpridores (2). O desrespeito pelos médicos (que se refere chegar à agressão) é particularmente focado por um médico, que refere que os utentes “não se respeitam, não nos respeitam e não valorizam o nosso trabalho” (1). É ainda referida por um médico a necessidade de promover a educação para a saúde em cuidados de saúde primários, enquanto que outro profissional refere a necessidade de humanizar os serviços (2).

Por último, quanto aos utentes, na sua relação com o centro de saúde e com os profissionais de saúde, deveria:

- existir uma estratégia de modo a sensibilizar os utentes no sentido de se controlar o consumo de actos médicos, considerado excessivo,
- ser fomentada a educação para a saúde e a humanização dos serviços.

Fontes de Stresse

À questão “**Quais são as suas 3 principais fontes de stresse no local de trabalho?**” responderam 219 médicos (71,6% do total) correspondendo a 562 citações que foram ordenadas nos seguintes dez grupos temáticos:

- I Organização / Gestão (com 271 citações)
- II Utentes (com 95 citações)
- III Instalações e Equipamento (com 63 citações)
- IV Recursos Humanos (com 42 citações)
- V Relações com outras instituições de saúde e profissionais de saúde exteriores ao Centro de Saúde (com 25 citações)
- VI Sistema de Saúde (com 23 citações)
- VII Chefias (com 17 citações)
- VIII Características pessoais em relação com o exercício profissional (com 13 citações)
- IX Condições para o exercício profissional (com 8 citações)
- X Meios de Comunicação Social (com 5 citações)

Os dez grupos temáticos subdividiram-se em subáreas temáticas e estas em tópicos (o número entre parênteses refere-se ao número de vezes que o assunto foi referido pelos médicos).

I - Organização / Gestão (271)

Este é o grupo temático com maior volume de citações (271), estando subdividido em 8 subáreas temáticas:

- a) Modelo de gestão / Autonomia / Responsabilização (37)
- b) Organização geral da actividade do centro de saúde (31)
- c) Relacionamento entre profissionais do centro de saúde – trabalho em equipa (31)
- d) Carga de trabalho (118)
- e) Acesso, sistema de marcação de consultas e atendimento (6)
- f) Serviço de urgência / Consulta Alternativa / Atendimento Complementar / CATUS / SAP / SAC (28)
- g) Segurança no local de trabalho (9)
- h) Interrupções (11)

a) Modelo de gestão / Autonomia / Responsabilização (37)

A sobrecarga burocrática é apontada por trinta médicos, surgindo comentários como “excesso de papéis”, nomeadamente no que diz respeito ao novo receituário, situação que consome tempo que poderia ser utilizado na consulta e que gera insatisfação (30).

A utilização do tempo destinado à consulta para actividades “não-clínicas”, como sejam passar atestados para a “natação, declaração de creche” ou passagem do receituário dos outros médicos é comentada por cinco médicos (5).

Um profissional refere ainda a falta de autonomia, comentando que “não faço nem participo na gestão das consultas” (1). Outro profissional considera que não existe bom aproveitamento das capacidades e preferências dos colaboradores do CS no sentido de tornar o trabalho mais dinâmico (1).

b) Organização geral da actividade do centro de saúde (31)

Nesta secção surgem vinte e três comentários relativos a má gestão / organização do centro de saúde (23), tanto a nível da gestão da consulta como no atendimento dos utentes e no apoio administrativo; dois médicos indicam concretamente a “ausência de plano com objectivos e estratégias de funcionamento para o Centro de Saúde” (2) e outro médico comenta negativamente a existência de “objectivos irreais” para o centro de saúde e para a sua própria actividade (1).

A inexistência de reuniões é referida por um profissional (1).

A divisão do seu tempo de trabalho por consultas em duas extensões diferentes merece referência de um médico (1).

A pressão da informação médica é objecto de preocupação de dois profissionais (2), sendo que um destes a apelida de “assédio”.

Surgiu ainda uma referência ao “bulício no Centro de Saúde” (1).

c) Relacionamento entre profissionais do centro de saúde – trabalho em equipa (31)

A ausência de trabalho em equipa foi apontada como uma deficiência por seis médicos (6) assim como uma “insuficiente partilha interprofissional de objectivos” e falta de “diálogo interpares” para três médicos (3) e situações de “má articulação com os cuidados diferenciados” (1) ou de impossibilidade de “trocar opiniões clínicas com outros colegas” (1). A existência de uma comunicação deficiente é encarada como problemática por cinco médicos, tanto no que diz respeito à comunicação com o pessoal administrativo, como na relação com as chefias, com as quais “falta diálogo eficaz” (5)

São ainda registados alguns comentários como “falta de espírito de solidariedade, falta de educação” (1) “falta de civismo dos trabalhadores” (2), “a maldade de alguns colegas em relação a outros” (1), ou “falta de respeito” entre profissionais (4), os quais sustentam afirmações mais generalistas que apontam para

a existência daquilo que foi apelidado por dois médicos como “mau ambiente” (2). É ainda referida a falta de apoio entre grupos profissionais (4), gerando “desmotivação dos outros profissionais que se repercute gravemente na actividade médica” (1).

d) Carga de trabalho (118)

O excesso de trabalho é referido por onze médicos, sendo que um destes afirma mesmo: “ Tudo para o médico de Família! “ (11). Mais em concreto, setenta e quatro profissionais apontam o número excessivo de utentes e as listas de utentes demasiado grandes, para os quais o tempo/horário é insuficiente (74), acrescentando ainda os “pedidos de consultas extras, para além das consultas marcadas” (1) e uma “constante pressão sobre o médico para aceitação de mais trabalho (1). De facto, a pressão do tempo é ainda expressa por mais dezanove médicos (19), indicando-se que gera “pouca disponibilidade para os utentes (1) ou “para as verdadeiras necessidades” (1), “falta de tempo para outras actividades no Centro de Saúde (acções de educação p/ saúde, coordenação de equipas)” (1), “dificuldade em desenvolver actividades na comunidade” (1), impossibilidade fazer períodos de pausa (1) e “dar resposta em tempo útil às solicitações” (1).

No que diz respeito ao horário de trabalho, surgem referências a excessivas horas extraordinárias (1) sem aplicação de folgas (2), ao trabalho nocturno (1), “o horário de saída que nunca se sabe se será cumprido, habitualmente é acrescido, o que interfere com a nossa vida pessoal” (1) e o “não encerramento do Centro de Saúde aos fins de semana e feriados” (1).

e) Acesso, sistema de marcação de consultas e atendimento (6)

O sistema de marcações de consultas é referido por um médico, que critica o facto de as marcações de consulta não contemplarem critérios de urgência (1). A necessidade de cumprir horário é também referida por cinco médicos (5), sendo que um destes refere que o cumprimento de horários não faz sentido pois

“entendo a profissão de médico como liberal (nunca de funcionários administrativos!)”.

f) Serviço de urgência / Consulta de Recurso / Atendimento Complementar / CATUS / SAP / SAC (28)

No que concerne esta secção, surgem algumas dificuldades pela utilização de diferentes terminologias (“SAP”, “SU”, “CATUS”, “Serviço de Urgência”, “Urgências”, “Atendimento Complementar”,) para a designação dos serviços de urgência *sensu lato* (14). A falta de recursos humanos é sentida por sete médicos, sendo que um destes refere especificamente a falta de “apoio de enfermagem adequado”(7). É ainda acrescentado que o SAP se realiza “num local sem condições” (1) e que a “partilha de horário do SAP com alguns colegas” origina atrasos (1). Para além disso, dois médicos afirmam que no atendimento complementar surge a “necessidade de ver utentes sem doença aguda de outros colegas que estavam presentes” (2).

Outra área referida está relacionada com a necessidade de efectuar consultas a utentes que não são da sua lista de utentes (3).

g) Segurança no local de trabalho (9)

A agressividade dos utentes é referida por seis médicos (6), sendo que um refere a existência de “doentes exaltados, que nos ameaçam constantemente após as consultas em horário pós-laboral” (1), referindo-se que não existe protecção / segurança para os profissionais (2), sobretudo “a partir de determinada hora”.

h) Interrupções (11)

A interrupção frequente da consulta é apontada por diversos médicos, tendo sido referidos como principais elementos disruptores o telefone (8), bem como utentes e outros funcionários (3).

A área da organização / gestão dos CS é responsável por quase metade de todas as citações efectuadas evidenciando-se como a área em que mais MF pretendem ver mudanças e, portanto, deverá ter importância na satisfação profissional dos médicos de família. Os aspectos mais referenciados nesta área foram:

- a grande carga de trabalho (quer de utentes em lista quer por dia de trabalho)
- a reorganização geral ou sectorial do CS, tanto a nível da gestão da consulta como no atendimento dos utentes e no apoio administrativo
- a sobrecarga burocrática
- a falta de autonomia
- a falta de recursos humanos
- a obrigatoriedade de assistir utentes fora da lista de utentes de cada um, nomeadamente os utentes sem médico de família atribuído
- a ausência de um planeamento adequado para o Centro de Saúde Surgiu
- a desorganização, as interrupções constantes - o “bulício no Centro de Saúde”
- a falta de segurança do local de trabalho e agressividade de alguns utentes
- a pressão excessiva do tempo
- a falta de verdadeiro trabalho em equipa
- a importância das relações interpessoais na gestão do stresse.

As questões relativas aos utentes constituem uma área igualmente importante, estando aqui sub-divididas em 4 sub-áreas:

- a) Desrespeito e indisciplina (31)
- b) Falta de reconhecimento (3)
- c) Pressão dos utentes (47)
- d) Consumismo (14)

a) Desrespeito e indisciplina (31)

A indisciplina ou falta de educação, de civismo ou de respeito dos utentes são falhas frequentemente apontadas pelos profissionais (20), chegando um médico a afirmar que “não tenho stresse para além dos doentes chegarem tarde à consulta” (1). É sugerido que os doentes apenas procuram fazer valer os seus direitos, negligenciando as suas obrigações (2), criando situações como “a constante interrupção da consulta pelos utentes” (4) ou o “não cumprimento da hora marcada da consulta pelos utentes” (1). Dois médicos apontam ainda como problemática alguma iliteracia dos utentes (2).

Como contraponto surge uma referência indicando que ocorrem também situações de “falta de respeito pelos utentes” por parte de alguns profissionais que são, igualmente, geradoras de stresse nos restantes profissionais (1).

b) Falta de reconhecimento (3)

A falta de reconhecimento e incompreensão dos utentes é referida por três médicos (3).

c) Pressão dos utentes (47)

A “pressão dos doentes” é uma referência bastante frequente, tendo surgido trinta e três comentários mais generalistas por parte dos médicos em torno da temática (33), aos quais se somam elementos mais específicos e geradores de pressão como o excesso de exigência dos utentes em termos de exames

complementares de diagnóstico (4), na transcrição de receituário (2), nos pedidos de autorização para além do número previsto de consultas (7) e “a pressão dos utentes para que todos os problemas sejam resolvidos no minuto seguinte” (1).

d) Consumismo (14)

Nas palavras de um médico, o “uso e abuso dos serviços” é preocupação dos profissionais, sobretudo porque se detecta aquilo que se considera ser um consumismo de consultas por parte dos utentes (9), sobretudo pela terceira idade (1) e “sempre (pel)as mesmas pessoas” (2), surgindo inclusivamente a expressão “utentes profissionais da doença” (1). Para além disso, um médico aponta também “o excessivo pedido de receituário nas consultas” (1).

A área relativa aos utentes é a segunda área mais referenciada como fonte de stresse. Foram referenciadas mais frequentemente:

- a indisciplina e falta de civismo, em particular no desrespeito pelos profissionais e pelo bom funcionamento das consultas
- a pressão dos utentes para terem cuidados
- a falta de reconhecimento do trabalho dos médicos de família por parte dos utentes
- o excessivo consumo de actos médicos, considerado supérfluo.

III - Instalações e Equipamento (63)

É a segunda área mais referenciada como necessitando de mudanças. Foi subdividida em 5 subáreas:

- a) Localização e acessibilidades do Centro de Saúde (1)
- b) Edifício (35)
- c) Organização interior (12)
- d) Equipamento (9)
- e) Gabinetes (6)

a) Localização e acessibilidades do Centro de Saúde (1)

As questões relativas à acessibilidade ao CS são referidas por um médico (1).

b) Edifício (35)

Surgem doze referências a ruído excessivo (12), duas em relação à temperatura desadequada - “o calor de Verão” e “o frio de Inverno”- (2) e dezassete referências de cariz mais generalista que apontam para condições físicas / instalações deficientes (17), sendo que quatro médicos acrescentam ainda não existirem condições para o “digno exercício da profissão” (4).

c) Organização interior (12)

A falta de privacidade dos consultórios médicos é preocupação de quatro médicos (4). O espaço físico existente é referido como “muito reduzido” (3), o que inviabiliza a existência de “uma sala de convívio para um intervalo nas consultas” (1) ou de uma “sala de espera dos doentes” (2). A necessidade de mudança de consultório ao longo do dia de trabalho é referida por um médico (1). A “inadequação, despersonalização do (*espaço*) envolvente” são também apontadas por um médico (1).

d) Equipamento (9)

No que diz respeito ao equipamento do Centro de Saúde, a falta e inadequação de meios técnicos é a referência mais frequente (7), sendo mais especificamente apontada a falta de apoio em termos de meios complementares de diagnóstico no SAP (1). Para além disso, um médico refere ainda que as extensões de saúde não possuem rede informática (1).

e) Gabinetes (6)

A falta de gabinetes no Centro de Saúde ou a necessidade de partilhar gabinetes com colegas são apontadas negativamente por quatro médicos (4), sendo ainda acrescentadas duas referências às deficientes condições físicas do consultório e acesso ao mesmo (2).

Na área das instalações e equipamento foram referenciadas mais frequentemente como fontes de stresse:

- a degradação e falta de adequação do edifício onde o CS está instalado com ruído excessivo e falta de climatização
- ter de partilhar gabinetes de consulta
- a má organização interior do CS (que deveria ser melhorada nomeadamente para aumentar a privacidade dos consultórios)
- a exiguidade do espaço físico, que inviabiliza a existência de espaços de convívio
- a inadequação do equipamento, em particular em termos de meios complementares de diagnóstico.

IV - Recursos Humanos (42)

Foi subdividida em 4 sub-áreas:

- a) Número de profissionais (29)
- b) Gestão dos recursos humanos (1)
- c) Formação (5)
- d) Desempenho (7)

a) Número de profissionais (29)

A ausência de profissionais em número suficiente é apontada por nove médicos (9), sendo particularmente salientada a escassez de médicos para dar resposta à quantidade de utentes existente (12) bem como a ausência de apoio administrativo que se considere eficaz (8).

b) Gestão de recursos humanos (1)

Em termos de gestão de recursos humanos, um médico refere como problemática a “alternância de funcionárias administrativas” (1).

c) Formação (5)

A falta de formação e/ou “ausência das competências” obtêm reparo de três profissionais (3), sendo especificamente apontadas a “falta de condições e de preparação técnica para emergências” (1) e a “falta de reuniões de actualização no local de trabalho” (1).

d) Desempenho (7)

O desempenho global encontra-se comprometido, na opinião de um médico, pela “irresponsabilidade profissional” (1), pela “falta frequente de colegas (3), pelo “não cumprimento de horário e regras por parte de alguns colegas” (1), pelas “disfuncionalidades na equipa de saúde” (1) e, ainda, pelo “desinteresse dos colegas pela organização do serviço”(1).

Quanto aos recursos humanos dos CS, as áreas mais referidas foram:

- insuficientes recursos humanos, principalmente médicos e administrativos
- gestão dos recursos humanos deficitária, sobretudo no grupo dos administrativos
- a baixa qualidade e quantidade da formação profissional, que deveria ter em conta as necessidades dos profissionais e do serviço, em particular para situações de emergência
- o desempenho que, em termos globais, deveria ser melhorado.

V - Relações com outras instituições de saúde e profissionais de saúde exteriores ao Centro de Saúde (25)

Foi subdividida em 2 sub-áreas:

a) Dificuldades de articulação com as especialidades hospitalares (23)

As dificuldades na articulação com as especialidades hospitalares são preocupação para treze médicos (13). São, igualmente, destacadas as dificuldades em encaminhar doentes para consultas de especialidade (2), sobretudo quando é necessária uma resposta rápida (4), bem como as “listas de espera hospitalares para consultas e tratamentos” (1), o “atraso das cirurgias” (1) ou, ainda, “ter de ser eu a dar baixa, sendo a causa hospitalar” (1), ou o facto de algumas instituições de saúde “não assumirem os exames complementares pedidos” (1).

b) Dificuldades na relação com a medicina privada (2)

Por outro lado, é também exposta a relação com a medicina privada, nomeadamente por existir algum nível de “competição Centro de Saúde/Medicina Privada” (1). Neste âmbito, um outro médico aponta os “pedidos de exames não apropriados ou

justificados por médicos da privada e a não responsabilização de quem os pede” (1).

Na relação com outras instituições de saúde e profissionais de saúde exteriores ao CS, são avançadas como fontes de stress:

- a má articulação com os serviços hospitalares, sobretudo no encaminhamento de doentes para consultas de especialidade
- a competição com a medicina privada.

VI - Sistema de Saúde (23)²

Foi subdividida em 3 sub-áreas:

- a) Disposições legais relativas à Saúde (5)
- b) Orientação Política (17)
- c) Resposta do Sistema de Saúde (1)

a) Disposições legais relativas à Saúde (5)

Em termos de disposições legais na área da Saúde, o novo modelo de receitas médicas foi apontado por quatro médicos (4), bem como a “imposição de medidas ministeriais (receitas, número de medicamentos, burocracia aumentada)” (1).

b) Orientação Política (17)

Nesta secção surgem registos (9) que denotam apreensão quanto ao futuro na carreira de Medicina Geral e Familiar e descontentamento com a orientação política, de entre os quais se destacam “a falta (ou ausência) de definição superior face à carreira de Medicina Familiar”, “incerteza quanto ao futuro”, “legislação recente gravosa para o exercício da Medicina Geral e Familiar, apreensão quanto ao futuro da carreira” e “insatisfação/desilusão em relação à carreira de C.G./M.F”. Um

² comentários efectuados em 2002/3.

médico chega mesmo a afirmar que “o importante é mudar a política geral de saúde em Portugal” (1), dado aquilo que se considera ser o “mau funcionamento do SNS” (1). É também afirmado que existe uma “preocupação cada vez menor com a pessoa humana por parte do país/do sistema de saúde/da nação” (1) e que, adicionalmente, se procuram “medidas políticas para tentar regular o excesso de consumo de cuidados de saúde” (1). Por outro lado, dois médicos consideram que, a nível ministerial, existe pouco respeito pela figura do médico, materializada na “forma como os sucessivos governos tratam e divulgam a imagem do médico” (2).

Surge ainda uma nota quanto ao “descontentamento em relação à carreira, remuneração” (1) e outra referente à “impossibilidade de dedicação” (1).

c) Resposta do Sistema de Saúde (1)

Um médico refere a “falta de respostas sociais para problemas sociais” (1).

Os aspectos relacionados com o próprio sistema de saúde também são fontes de stresse através de:

- baixa definição em torno da carreira e Medicina Geral e Familiar
- mudanças em disposições legais, como no modelo actual das receitas médicas, as quais geram acréscimo de burocracia
- em termos mais gerais, considera-se que o sistema não é eficaz na resposta aos problemas sociais

VII - Chefias (17)

Foi subdividida em 3 sub-áreas:

- a) Deficiente relação com os profissionais (10)
- b) Deficiente actuação (6)
- c) Necessidade de avaliar com fracos sistemas de suporte e supervisão (1)

a) Deficiente relação com os profissionais (10)

Para cinco médicos existe “falta de reconhecimento de trabalho” (5) e de reforços positivos (1), dizendo um destes que o “reconhecimento é nulo”. Nesse sentido, surgem referências a “desânimo, pela falta de estímulo e perda lenta da auto-estima” (1), “falta de estímulo para desenvolver trabalho diferente” (1), bem como “o sentir-me completamente subaproveitada” (1), situação agravada, na opinião de um médico, pela “insensibilidade das chefias perante o esforço despendido para a realização das tarefas que me são propostas” (1).

b) Deficiente actuação (6)

Para além disso, três profissionais apontam “falta de confiança e sintonia com a direcção de topo e intermédia” (3), reforçada por comentários que indiciam a existência de “benesses aos amigos da direcção” (1), “tratamento diferenciado” (1) e denunciando a “falta de reuniões com as chefias onde se discutam problemas organizacionais / funcionais” (1).

c) Necessidade de avaliar com fracos sistemas de suporte e supervisão (1)

A falta de mecanismos de suporte e supervisão clínica é ainda apontada por um médico, bem como a necessidade de efectuar avaliações (1).

As chefias dos centros de saúde são fonte de stresse nomeadamente:

- pela má relação com os profissionais com pouco reconhecimento do trabalho e falta de capacidade para motivar os profissionais
- pela sua actuação, tendo sido referidos casos de falta de confiança na direcção por pouca transparência no relacionamento com os diferentes profissionais
- a necessidade da implementação de programas de avaliação com fracos sistemas de suporte e supervisão.

VIII - Características pessoais em relação com o exercício profissional (13)

Foi subdividida em 2 sub-áreas:

a) Especificidades do exercício profissional e características pessoais(11)

Nesta secção surgem comentários relativos às especificidades do exercício profissional, como sejam “a responsabilidade inerente à própria profissão” (3) ou o “medo de errar” (2), que se cruzam com características ou traços de personalidade de cada indivíduo que podem gerar determinadas reacções emotivas como são exemplos os comentários seguintes: “a saturação” (1), “a monotonia do trabalho” (1), “a rotina” (3), ou, ainda, a “rotina sempre repetitiva de alguns utentes crónicos” (1).

b) Outras (2)

Para além disso, um médico aponta como factor de stresse, o facto de residir longe do local de trabalho (1) e outro, o ter dois locais de trabalho (1).

Por último, foram ainda identificadas algumas especificidades inerentes ao exercício profissional que, em alguns indivíduos, são geradoras de stresse, como sejam:

- os elevados níveis de responsabilidade
- o receio de cometer erros.

IX - Condições para o exercício profissional (8)

As condições para o exercício profissional encontram-se aqui subdivididas em 2 subsáreas:

- a) Remuneração (7)
- b) Recursos técnicos / informatização (1)

a) Remuneração (7)

Quanto à remuneração, cinco médicos referem o facto de a remuneração não ser proporcional ao desempenho (5), sendo considerado como injusta a existência de “salário igual para trabalho diferente” (1). Um médico refere o seu salário, por o considerar baixo (1).

b) Recursos técnicos / informatização (1)

A falta de recursos técnicos, nomeadamente na área terapêutica é referida por um médico (1).

Em termos de condições para o exercício profissional, as áreas mais destacadas foram

- o sistema retributivo, o qual deveria ser proporcional ao desempenho de cada profissional
- poucos recursos técnicos e a sua fraca qualidade, nomeadamente na área terapêutica.

X - Meios de Comunicação Social (5)

Foi subdividida em 2 sub-áreas:

a) Pressão dos *media* (4)

A falta de respeito pelo médico e a pressão exercida pelos *media* é referida por quatro profissionais (4).

b) Tratamento da imagem do médico (1)

tendo também sido salientada por um profissional a “forma como os meios de comunicação tratam e divulgam a imagem do médico” (1).

Em termos gerais, os médicos consideram que os meios de comunicação social são fontes de stresse por

- não respeitarem a classe médica
- transmitirem uma ideia desfavorável dos médicos para o público.

Anexo 9 Guião para os *focus-groups* sobre satisfação no trabalho dos médicos de família

Guião para os *focus-groups* sobre Satisfação Profissional: Médicos de Família

INTRODUÇÃO

- ⊕ Breve introdução ao estudo
- ⊕ Regras da discussão de grupo (respeitar as opiniões de todos; não falar em simultâneo)

“WARM UP”

- ⊕ nome
- ⊕ idade
- ⊕ pertença ou não a USF
- ⊕ anos de experiência (como médico de família: +/- 10 anos)
- ⊕ anos de trabalho neste CS

1. SATISFAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE COM PROFISSÃO NOS CS

1.1 Médicos de família estão satisfeitos?

2. DETERMINANTES DO ESTADO ACTUAL DE SATISFAÇÃO/INSATISFAÇÃO

2.1 Factores mais importantes para a satisfação profissional dos médicos de família (o que é mais valorizado?)

(realização pessoal e profissional)
relação profissional de saúde/utente
remuneração
condições de trabalho e saúde
autonomia e poder
relações de trabalho e suporte social
segurança no emprego
status
prestígio

3. **MECANISMOS ACTIVOS** DOS MF PARA ELEVAREM SATISFAÇÃO PROFISSIONAL

1.1 Médicos de família são suficientemente ouvidos?

4. **EFEITOS DO ESTADO ACTUAL** DE SATISFAÇÃO PROFISSIONAL DOS MF

5. **EFEITOS DA ACTUAL REFORMA** NA SATISFAÇÃO PROFISSIONAL

6. **CENÁRIO:**

Se fosse um consultor externo que o centro de saúde contratasse para aumentar a motivação dos funcionários, qual a principal medida que aconselharia para melhorar a satisfação profissional dos médicos de família?

Anexo 10 Análise de conteúdo dos *focus-groups*

Satisfação profissional – perspectiva dos médicos de família, dos directores e das chefias intermédias dos centros de saúde

Estes são os resultados de dois *focus groups* dirigidos à satisfação profissional dos médicos de família – um integrando 9 médicos de família de um centro de saúde e outro 5 directores de centros de saúde, também maioritariamente médicos de família (no texto, as transcrições seguidas por um “(D)” referem-se ao *focus group* dos directores de CS, enquanto as que o não são se referem ao dos médicos de família).

Em termos gerais, notou-se coincidência de opiniões entre os médicos de família e os directores de centros de saúde, tendo estes últimos, no entanto, uma visão mais optimista da reforma actualmente em curso nos CSP.

O discurso destes participantes pode ser estruturado nas seguintes categorias de análise:

- relação entre satisfação profissional dos médicos de família e satisfação dos utentes;
- actual estado de satisfação profissional dos médicos de família;
- factores determinantes da satisfação profissional dos médicos de família;
- consequências do actual estado de satisfação profissional dos médicos de família;
- factores que poderiam melhorar a satisfação profissional dos médicos de família;

- o efeito da actual reforma dos CSP na satisfação profissional dos médicos de família.

1.1. Relação entre satisfação profissional dos médicos de família e satisfação dos utentes

Foi identificada uma relação estreita entre satisfação dos utentes e satisfação profissional (*"...Se os médicos estão satisfeitos, é natural que os doentes estejam satisfeitos. Se os doentes estão insatisfeitos, é natural que os médicos também o estejam."*; *"(...) há aí uma relação muito humana."*(D), alicerçada no seguinte raciocínio circular:

- a.os aspectos que mais satisfazem o médico de família estão relacionados com aspectos intrínsecos à profissão, com aquilo que é considerado nuclear no exercício da profissão, nomeadamente a relação médico/utente.

"(...) o médico sente satisfação por aquilo que é intrínseco à sua profissão, pela sua relação com o doente."(D)

- b.a satisfação profissional, por outro lado, é sentida com um aspecto estrutural dos cuidados prestados, ou seja é fundamental que exista para que os cuidados tenham a qualidade necessária.

"Os profissionais estão satisfeitos, produzem um melhor trabalho..." (D)

- c.os utentes são sensíveis à qualidade dos cuidados e à qualidade organizacional das unidades de saúde, ficando mais satisfeitos (e assumindo mais os seus deveres) quando percebem e, principalmente, quando retiram benefícios directos dessa maior qualidade.

"Os profissionais estão satisfeitos, produzem um melhor trabalho... Isto transmite-se aos utentes, e os utentes... por consequência, ficam também muito mais satisfeitos... em relação, quer à maneira como são tratados, quer à organização da estrutura a que acorrem... que corresponde normalmente às necessidades deles, ou procura corresponder..." (D)

“Quando os utentes são bem atendidos, e quando se cumpre a nossa parte... eles naturalmente que assumem muito mais os deveres, também.” (D)

d.os médicos sentem-se recompensados e retiram satisfação profissional quando percebem que os utentes estão satisfeitos com os cuidados que lhes prestaram.

“Porque nós temos a nossa satisfação, fundamentalmente, de ver os nossos doentes satisfeitos.” (D)

1.2. Actual estado de satisfação profissional dos médicos de família

Considerou-se que existe actualmente insatisfação profissional nos médicos de família dos centros de saúde portugueses, exprimindo os médicos de família que não são simultaneamente directores de CS uma posição mais negativa

“A satisfação dos profissionais, neste momento, é baixa. Não há grande satisfação nos profissionais, da realidade que eu conheço.”

“Anda tudo muito desmotivado, (...) e toda a gente aborrecida.”

“Portanto, a minha desilusão é total, em relação aos cuidados de saúde primários.”

“É uma insatisfação por saber que não estou a fazer a coisa correcta. E que desisti (...) de melhorar.”

do que os que são directores de centros de saúde, que adoptam uma posição mais interpretativa

“os médicos têm satisfação por aquilo que é intrínseco à profissão, e estão insatisfeitos por aquilo que é extrínseco à profissão,(...) a gestão, os vencimentos, as condições.” (D)

Embora se considere que existe insatisfação nos profissionais de saúde, a situação varia de local para local em função das condições que são disponibilizadas para o exercício profissional e não daquilo que é intrínseco e nuclear à profissão.

“(...) tenho a noção de que como funciona num sítio não é como funciona em outro sítio.”

“O que nos torna insatisfeitos não são os nossos utentes, são as condições externas da nossa profissão.” (D)

Por outro lado, considera-se que não existe um factor em particular que provoque este estado de insatisfação profissional, mas antes uma conjugação de factores que faz com que o limiar da tolerância dos médicos de família vá baixando até que um factor, aparentemente não tão importante, provoque uma agudização e agravamento da insatisfação profissional.

“Há determinadas coisas que, por muito simples que sejam, em determinados contextos – a insuficiência de recursos, por exemplo – têm amplificações. Amplificam, a insatisfação aumenta, é mais uma coisa. Já existe uma série delas; pois essa, é mais uma (...). Se não existissem outros factores, até era tolerado esse factor.” (D)

Um aspecto que vai surgindo nos discursos analisados é a comparação entre a actividade no CS e a actividade no âmbito da clínica privada, sendo sempre desfavorável para o serviço público.

[“Os MF na actividade privada] trabalham mais e ganham mais.”

“Trabalham mais, mas trabalham com outras condições...”

Existe até, inclusivamente em alguns MF que não exercem clínica privada, uma certa idealização desta actividade como sendo a prática mais satisfatória em termos profissionais porque teria melhores condições de trabalho e seria mais recompensadora em termos financeiros.

“Eu investi só no CS. Eu neste momento sinto-me (...) revoltada. Porque quis dar o meu melhor, não fiz privada (...) Se eu fizesse privada tinha muito mais dinheiro, tinha o meu público muito mais assegurado, (...) até trabalhava em melhores condições. Porque os colegas que têm privada estão muito mais satisfeitos, para já porque ganham mais.”

Outro aspecto prende-se com uma noção de ausência de esperança na capacidade negocial dos MF enquanto grupo quanto à exigência, por exemplo, de melhores condições de trabalho.

“Exigir? [em resposta a uma questão de como os MF poderiam exigir melhores condições de trabalho.]”

“Quem é que vai ouvir? (...) não chega lá acima. Quem é que nos vai ouvir no meio disto tudo?”

No entanto, outros consideram que apesar de, actualmente, os MF não estarem mobilizados, essa mobilização pode surgir como aconteceu no passado.

“Portanto, neste momento, porque nós [MF] estamos de forma corporativa um bocadinho arredados e um bocado desleixados é o deixa andar. Porque quando o pessoal se lembrar de fazer a guerra e sair do país...”

No entanto, considera-se que os colegas que aderiram às USF e que já estão envolvidos pela actual reforma dos CSP são os que têm uma satisfação profissional mais elevada.

“Só nas USF eu penso que estão com um grau de satisfação alto. Precisamente porquê? Porque têm instalações novas, algumas, cuidadas, não lidam com população sem médico de família (...)”(D)

1.3. Determinantes da satisfação profissional dos médicos de família

Os factores que promovem um estado de insatisfação são maioritários no discurso, de certo modo ilustrando o estado de insatisfação profissional discutido na secção anterior.

Dos vários discursos emergem como factores muito importantes do actual estado de insatisfação, os recursos humanos dos CS, nomeadamente as consequências do insuficiente número de profissionais, e os aspectos organizacionais, entre os quais o trabalho em equipa, a autonomia técnica e o peso dos médicos de família nas decisões importantes nos CS.

A escassez de recursos humanos nos CS conduz a rácios profissionais de saúde/utentes inadequados, utentes sem médico de família atribuído e áreas de cuidados

desguarnecidas perturbando toda a actividade dos CS e não permitindo que o perfil do médico de família se possa exprimir em todas as suas vertentes (*"a tal disponibilidade que nós temos para os nossos doentes ou para fazer a promoção de saúde, ela não existe porque nós temos que tapar o buraco dos 20 mil sem médico"*).

Por outro lado, o trabalho em equipa – *"a co-responsabilização de toda a gente nos objectivos comuns (...) essa que mais interdisciplinaridade"* – é apresentado como o modelo de trabalho mais eficiente e que mais satisfação profissional proporciona, referindo-se, no entanto, que cada vez é mais difícil que aconteça. A autonomia técnica, por sua vez, é considerada essencial (em estudos anteriores é um dos factores mais importantes nas opções de escolha de modelos de trabalho pelos MF) mas encontra-se em perigo actualmente – *"estamos subjugados sob as ARS e situações que nos limitam muito a nossa funcionalidade"*; *"Perde-se autonomia"* – assim como o peso dos médicos de família nas decisões importantes nos CS – *"o poder do médico diminuiu", " Nós somos os mexilhões."*

Estes aspectos expostos como extrínsecos à profissão, ou seja, contextuais ao exercício da profissão, aparecem como factores promotores de insatisfação profissional enquanto que *"os médicos têm satisfação por aquilo que é intrínseco à profissão"*, como a relação médico/utente, acreditando-se mesmo que *"nós temos a nossa satisfação, fundamentalmente, de ver os nossos doentes satisfeitos"*.

As intervenções dos participantes foram agrupadas nos seguintes tópicos: sistema de saúde, relação médico-utente, exigência do trabalho, posição dos médicos de família na sociedade e no local de trabalho, condições para o exercício profissional, recompensa/remuneração/incentivos, ambiente de trabalho, interesse do trabalho e sentido de adequação para o trabalho.

1.3.1. Sistema de saúde

No discurso de alguns médicos foi notória a insatisfação com o modo como o sistema de saúde está a dar resposta àquilo que consideram ser a responsabilidade dos cuidados de

saúde primários na abordagem dos problemas da comunidade que servem.

"E, realmente, sinto que os cuidados primários não estão a dar resposta. Eu dou resposta aos meus, mas nós, cuidados primários, não estamos a dar resposta à comunidade. Porque, em princípio... eu vim trabalhar para o CS, para os cuidados primários, para dar resposta a uma comunidade. Não é, especificamente, só aos meus 1500."

"Isso tem na minha satisfação uma quota parte muito grande. Porque eu sinto uma insatisfação em relação ao processo (...), àquilo que os cuidados primários dão de resposta a uma comunidade."

"Se eu fizer o meu [trabalho], os outros hão-de fazer o outro. Se eu deixo de fazer o meu à espera de ir fazer o dos outros eu acho que vamos todos perder. E perco eu porque me sinto mal."

"O número de crianças sem médico, sem vigilância, com montes de problemas, com maus tratos, com não sei quê e que ninguém pega e que depois, às vezes, anda-se a mendigar para inscrever essas crianças nalgum colega para terem algum acompanhamento. E depois a sensação que fica é: "isto é o que eu conheço, e o que será que eu não conheço?"

E esta má resposta está essencialmente em relação com a falta de recursos humanos e a consequente existência de utentes sem médico de família e áreas de cuidados que ficam sem cobertura pelo sistema de saúde.

"Os recursos humanos são escassos."

"Os utentes sem médico são muitos."

"Temos quatro mil e tal utentes a descoberto. Não é? Isso gera uma insatisfação terrível, não é? ... A nós, a mim..."
(D)

A existência de utentes sem médico de família perturba, inclusivamente, os cuidados de saúde que os médicos de família prestam aos utentes inscritos nas suas listas, nomeadamente nas acções de promoção da saúde.

"(...) que a tal disponibilidade que nós temos para os nossos doentes ou para fazer a promoção de saúde, ela

não existe porque nós temos que tapar o buraco dos 20 mil sem médico e portanto grande parte das nossas horas são gastas em consultas de urgência do utente sem médico, que desgasta qualquer um dos colegas."

Esta situação dos utentes sem médico de família, "uma chaga" nas palavras de um dos directores de centro de saúde, perturba toda a organização do CS, sendo a sua gestão tanto mais impossível quanto maior é o número de utentes sem médico de família.

"O factor dos utentes sem médico é evidente que é uma chaga, que se torna quase impossível de gerir. Num CS, quanto maior for o número, mais difícil é a gestão desses utentes. (...) "(D)

Mas considera-se que as principais vítimas da existência de utentes sem médico de família são exactamente esses utentes.

"Os utentes que não têm médico estão insatisfeitos, eles próprios estão insatisfeitos, o seu limiar de tolerância está muito diminuído, (...) à mais pequena coisa (...) têm razão nisso, com certeza que têm." (D)

Finalmente, considera-se que este problema pode não ter uma resolução fácil já que é extremamente difícil angariar mais profissionais.

"De facto, agora, o manancial a que se vai buscar pessoas para integrarem qualquer carreira é muito menor."

"Isto, para o funcionamento de um serviço, não haver massa nova [novos médicos de família] é macabro. É macabro. É macabro."

"eu-não-consigo-arranjar-ninguém. (...), vocês não podem imaginar o que nós temos feito para tentar arranjar alguém que venha trabalhar!" (D)

E os que existem estão todos perto da aposentação.

"Dentro de 10 anos estamos reformados, todos. Na íntegra."

"Não há aqui ninguém com menos de 50 anos."

"e para a renovação não fizeram nada, rigorosamente."

Por outro lado, os contratos que são efectuados actualmente são contratos precários que não propiciam um investimento adequado no trabalho nos CS.

"(...) têm graves dificuldades em recursos humanos e que funcionam muito à base de contratos a prazo, como é o caso do meu, temos muitos contratos, o que dá grande instabilidade (...). O que é exasperante. (...)”(D)

Outro dos factores de insatisfação resultava dos problemas colocados pela contenção de custos que defendem estar a acontecer no sistema de saúde.

*"Um ambiente de gestão [que quando quer poupar recursos], é evidente que põe (...) entraves burocráticos."
"Por causa dessas medidas, as medidas administrativas, as medidas para controlo de custos."*

Um último factor apontado nesta categoria foi a deficiente definição e orientação política da estratégia para o sector dos CSP.

"Eu acho que isto [a actual situação de insatisfação dos médicos de família] começou, com a saída (...) em 99. (...). O 157/99 não foi aplicado, mas estivemos na expectativa da aplicação quase até 2003. Depois, a partir de 2001 deixámos de acreditar."

"(...) nenhuma legislação que quer introduzir mudanças a nível dos cuidados de saúde primários é completada."

"(...) tudo fica (...) pelo terreno, sem ser concretizado a 100%..."

as leis, eram boas, pareciam óptimas; nunca foram implementadas."

"(...) não fazem a legislação de regulamentação quer para um quer para outro e vivemos sempre em situação de remendo, remendo sem perspectiva de futuro rigorosamente nenhuma."

"(...) funcionamos sempre no "vai ser", no "talvez seja"..."

"Já passámos pela ansiedade, já passámos pela expectativa, e eu acho que estamos desmotivados."

Considera-se ainda que, apesar do discurso político, os CSP nunca foram uma verdadeira prioridade e que vivemos num sistema centrado nos hospitais, que nunca deu uma

verdadeira oportunidade para que os cuidados de saúde primários se pudessem implementar em todas as suas áreas de acção.

"(...) politicamente os cuidados primários são prioritários e são o alicerce dos serviços de saúde, mas não é para aqui que são canalizados nem os profissionais nem as verbas, nem nada. Enquanto não resolverem este problema..."

"(...) isto ainda é um sistema hospitalocêntrico." (D)

"(...) nunca funcionou em pleno um SNS de cuidados primários com prevenção, educação, tratamento, tudo a funcionar."

1.3.2. Relação médico-utente

O discurso dos participantes elege a relação médico-utente como a "essência da Medicina" ao mesmo tempo que considera que ela se foi deteriorando.

"(...) a nossa essência da Medicina, de olhar para as pessoas como elas são, interpretá-las e vê-las, variou completamente. Ou melhor, alterou-se, (...) Falta-nos essa vertente, da confiança das pessoas em nós."

"(...) há uma mudança muito grande na minha perspectiva, que é assim: enquanto eu, quando entrei na (...), quando comecei a trabalhar, era o Dr. (...), eu hoje sou funcionário do Centro. O que é uma diferença muito grande em relação ao contacto com as populações."

"Cada vez é... Números, números, números, números (...) E as pessoas? Começam a não existir."

"Estamos quase como nas cadeias. É o 37, não é? E é o não sei quantos (...)"

E esta deterioração é tão mais importante quanto esta relação é considerada como fundamental para a satisfação profissional dos médicos de família.

"(...) o médico sente satisfação por aquilo que é intrínseco à sua profissão, pela sua relação com o doente." (D)

Mas nem todos os MF acham que a sua relação com os utentes se alterou tão significativamente.

"(...) eu, os meus utentes com quem eu lido e com quem comunico [...] eu não tenho tanto, não tenho esse problema [de falta de reconhecimento do seu valor como médico de família]"

"Bom, a minha relação com os meus doentes, da minha lista de utentes, é boa."

A deterioração da relação médico/utente é exemplificada com relatos que apontam para:

a.um maior descrédito dos médicos.

"O nosso peso mudou [como médicos de família], baixou muito, (...) Todos nós médicos (...) de cuidados primários, perdemos muito [poder] porque a tecnologia não nos acompanhou tanto."

"E o próprio utente, o próprio doente tem uma exigência em termos médicos, de especialização do técnico, muito maior."

"tudo o que nós dissermos tem que ser documentado num exame, numa análise, numa ecografia. A gente sabe que é porque eu tenho aquilo, mas tem que se dar um papel, se não (...)"

b.desrespeito, de parte a parte, quanto aos respectivos deveres e concomitante exacerbação dos direitos.

"(...) há normas que têm de ser seguidas quer por parte dos utentes, que infelizmente continuam a ter sempre os direitos e os deveres não existem." (D)

"(...) os utentes chegam às horas que querem, como querem... Cria um pouco de anarquia, o que acaba por saturar (...) os colegas que acabam por não conseguir ter o trabalho organizado, (...) complica muitas vezes." (D)

"(...) a carta dos direitos e deveres [dos doentes] só tem direitos. Para a maior parte das pessoas isso é uma grande realidade." (D)

c.uma grande pressão do tempo.

"(...) eles querem mais acesso e nós temos menos resposta para dar, não somos capazes de responder a

tudo, (...) Portanto em termos de comunicação piorámos na nossa relação com o utente."

"Muitas vezes temos pouco tempo para dar importância àquilo que realmente é importante, que são as pessoas. E isso nota-se com os nossos utentes e nota-se com o resto do pessoal, também."

"Quando um indivíduo põe o nariz cá fora ou se eventualmente teve que sair antes e aquela pressão "tenho mais 4, mais 5 casos para resolver", o utente a bater à porta da consulta e o telefone e isto e aquilo, todas estas questões dão graus terríveis de insatisfação."

d.um aumento do consumismo.

"(...) o consumismo (...) em relação a cuidados de saúde, é grande."

"Isso [o médico de família "deixar correr", responder a todas as solicitações dos utentes, mesmo que levem a actos e custos desnecessários] não significa que o utente fique mais ou menos satisfeito porque o utente, infelizmente, também não tem cultura para perceber que, se calhar, o mais correcto era fazer outra coisa e não passar aquilo que ele pretende (...) sabemos que até, se calhar, vai mais satisfeito porque lhe fiz aquilo que queria e nós é que sabemos que não... Só que isto depois gera outra insatisfação (...) é uma insatisfação por saber que não estou a fazer a coisa correcta. (...) "

"Se o utente... não sabe o que quer, recorre ao CS só para ir buscar papéis, (...) não está educado sob o ponto de vista cívico e sob o ponto de vista de saúde, o que também nos dificulta muito a vida."

e.interferências da informatização dos serviços na relação médico-utente.

"Hoje em dia isto [a introdução de sistemas informáticos nos vários momentos da consulta] veio modificar alguns dos comportamentos e procedimentos. (...) E depois temos o utente também a dizer "sôtor, olhe mais para mim". (...) Porque hoje em dia ter um utente à esquerda e um computador à direita nós passamos muito mais tempo a clicar e a meter algumas coisas no computador do que propriamente a ver o utente."

- f. um aumento das reclamações que, muitas vezes, os MF consideram acontecerem sem razão (por exemplo por os utentes não verem correspondida uma solicitação que contraria uma norma interna do CS).

"(...) quem devia reclamar nunca reclama e depois aparecem as coisas mais incríveis, mais absurdas e uma pessoa não tem culpa." (D)

"(...) tivemos que fazer(...). uma síntese das reclamações do último ano (...) não tinha a noção do conjunto (...) Era sobre normas, normas e procedimentos, isto é, é a não transcrição de exames auxiliares de diagnóstico que vinham dos nossos colegas da privada (...) há normas que vêm da ARS, que proíbem essa transcrição e isso nós não fazemos, (...) A não concordância com estas normas que são instituídas é um factor de insatisfação [dos utentes] (...) não temos nenhum caso de má prática, extraordinariamente, mau comportamento de funcionários também não."(D)

não havendo muitas vezes reclamações pelas razões em que haveria razão para tal (por exemplo, por não terem médico de família).

"Costumo dizer que nunca vi nenhum utente reclamar por não ter médico de família."(D)

Ainda, em relação às reclamações, há a sensação de que muitas das reclamações são efectuadas pelos utentes sem médico de família.

"(...) grande parte destas situações [das reclamações] não são feitas nas ditas consultas dos médicos de família, são nas chamadas consultas de recurso e de reforço, a que maioritariamente recorrem os utentes que não têm médico." (D)

"Os utentes que não têm médico estão insatisfeitos, eles próprios estão insatisfeitos, o seu limiar de tolerância está muito diminuído, à mais pequena coisa (...) têm razão nisso, com certeza que têm."(D)

Igualmente, considera-se que as reclamações são efectuadas de um modo, por vezes, leviano, por não haver sanções para os utentes que reclamam sem razão.

Considera-se que resta apenas, nestes casos, recorrer à justiça para se conseguir ter algum ressarcimento.

“Mas há uma coisa fundamental que é motivo de grande insatisfação que é (...) a facilidade com que o utente reclama (...) o à-vontade com que ele o faz (...) as razões que ele apresenta e que não são devidamente ponderadas e que muitas vezes, cuidado, são perigosas (...) nós somos sempre castigados. Nós, os médicos, nós, o pessoal da saúde temos que assumir tudo num livro amarelo e acho que não há qualquer tipo de penalização para eles.”(D)

“Ora um deles [utentes que fazem reclamações dos profissionais de saúde sem fundamento] foi parar a tribunal, um doente meu. Azar. (...) Na maneira como estamos, a única maneira que temos de responsabilizar um doente é chamar a polícia.” (D)

As reclamações são muitas vezes consideradas ofensivas para os profissionais de saúde, que se sentem isolados e sem qualquer apoio por parte das hierarquias quando têm de enfrentar uma reclamação.

“Mas há coisas que se dizem e que se usam [nas reclamações] que às vezes ferem a dignidade.” (D)

“É lançada a dúvida. O utente reclama, a dúvida cai logo sobre ele [o profissional de saúde]. E isso é um factor de insatisfação e insegurança.” (D)

“Os profissionais [de saúde] não têm qualquer apoio por parte da hierarquia. Porque é assim,(...) há uma queixa contra um colega, e às vezes são queixas muito aborrecidas, e a hierarquia não dá apoio nenhum ao colega.” (D)

Uma consequência de todo este estado de coisas em relação às reclamações é que pode levar profissionais de saúde a não seguirem algumas normas internas para não terem que enfrentar uma reclamação.

Como conclusão, é requerida em várias partes do discurso destes participantes uma reformulação completa do sistema de reclamações.

“O problema é (...) isso leva-nos àquela situação em que

é mais fácil fazer aquilo que [o utente] quer, ultrapassando mesmo uma regra, (...) do que estar aqui a explicar e a cumprir porque vão ter problemas, vão ter que responder a uma queixa e essas coisas.” (D)
“Devia haver alteração [em todo o processo do sistema de reclamação dos utentes].” (D)

Por outro lado, as reclamações são vistas como um bom aporte para a melhoria dos serviços.

“num CS ou em qualquer outra instituição, se não houver queixas, alguma coisa está mal. Dá direito a desconfiar se não houver queixas.” (D)
“É bom que haja queixas.” (D)
“Isso é do nosso interesse, não é? Temos é que saber lidar com as queixas e resolver as queixas. Temos que aceitá-las.” (D)

g. ocorrência de situações de violência.

“E depois claro, no meio disto tudo vem um utente que, de vez em quando, dá uma resposta daquelas que a gente sabe, pois ao ver os media na televisão, na rádio e não sei quê, (...) é influenciado, e às vezes inquina um dia de trabalho.”
“E alguém vai à consulta de recurso e diz “é para renovar uma carta de caçador” e eu digo “eu não conheço o senhor”, “mas eu não saio daqui sem a carta de caçador (...) ou passa ou então...” (D)

1.3.3. Exigência do trabalho

Registou-se um aumento do nível de exigência que cria uma pressão referida como sendo, por vezes, insuportável.

“Isto [as exigências acrescidas em relação ao trabalho do médico de família] cria um assoberbar de trabalho e condições desgastantes.”
“(...) nota-se ao longe que eles [os MF] estão cansados. (...) neste momento eles dizem mesmo que estão esgotados, estão na vontade de abandonar tudo e sair, não conseguem aguentar mais a pressão intensa e o

excesso de trabalho, que muitas vezes não é reconhecido.” (D)

“(..) os colegas andam a trabalhar à pressão e de uma forma perfeitamente disparatada.” (D)

Esta exigência do trabalho é sentida a vários níveis. Por parte do utente, por parte da hierarquia, pelo surgimento de novas áreas de intervenção dos CSP e, ainda, pela complexificação do próprio acto médico devido à evolução do conhecimento e tecnologia associada.

a. Por parte do utente, com uma postura mais exigente a todos os níveis.

“(...) o tipo de exigência por parte do doente, eu acho que é alta.”

“Já não acreditam tanto em nós e são mais exigentes.”

“Há uma diferença também, nas pessoas, de antigamente para agora. Nessa altura as pessoas iam ao médico e diziam assim: “Sotôr, eu quero ficar melhor”. Hoje, vão saber: “Sotôr, o que é que eu tenho?”. Que é uma perspectiva completamente diferente, (...). Porque é assim: quem vem saber o que é que tem, vai ter que levar respostas. E saber o que tem é muito complicado. Exige montes de exames de diagnóstico...”

“(...) eu dantes tinha mais tempo, tinha tempo para ver mais utentes, porque eles hoje começam a vir à consulta (...) por muitas outras coisas.”

levando a um aumento da carga de trabalho;

“É que a quantidade de trabalho tem vindo a aumentar ao longo dos anos”

“(...) cada vez há mais trabalho... Realmente, nota-se, é flagrante.”

b. Por parte da hierarquia com níveis de exigência considerados, por vezes, exagerados e desadequados;

“Há um modelo que tende a dar mais trabalho”

“Eu acho que em termos de superiores, querem passar do razoável para o super-óptimo. E eu penso que nas USF também se está a pensar nisso. Tu estás a ser exigente, temos que passar para centros óptimos, melhores do

mundo. Não se admite o bom. Eu acho que a perspectiva da nossa sociedade é isso."

"(...) das várias hierarquias que nós temos, que cada vez são (...) mais determinantes, (...) há uma exigência e se até agora havia provavelmente maior maleabilidade de discussão, a exigência excessiva eu acho, está a ser maior."

- c. Com o surgimento de novas áreas para os CSP, desde os atestados e declarações para múltiplas actividades, assim como áreas tradicionalmente na esfera de outras especialidades como a saúde mental, cada vez mais debaixo da alçada do MF ou, ainda, com o aumento das intervenções na área da prevenção da doença e da promoção da saúde;

"O utente, quando não consegue resposta noutro sítio, vem sempre ter com o médico de família."

"Quer dizer, o médico de família é o que é mais pressionado por tudo, e as outras especialidades começam a ser esvaziadas de muitas coisas."

"Quer dizer, a sociedade foi evoluindo, foram postas outras contingências e as pessoas começam também a ter outro tipo de necessidades (...) é a declaração para o infantário, (...) que não se punha aqui há uns anos atrás. Nomeadamente cada vez há mais utentes com problemas psiquiátricos ou problemas psicológicos e nós queremos dar essa resposta e não temos ao lado quem a pode dar. Há os problemas estomatológicos... E o doente vem sempre ter ao médico de família, que é o sítio onde é mais fácil."

"Portanto, tudo vem ter ao médico de família, coisas que aqui há 20 anos ou 15 anos atrás não se passavam e o médico tinha até mais tempo para estar com o doente. E hoje, mesmo devido à evolução das coisas, vêm ao médico de família mesmo antes de estarem doentes para fazer a tal prevenção."

"(...) em 83 (...) nessa altura os utentes normalmente vinham à consulta por patologias. "Dói aqui, dói acolá. Apareceu-me isto ou aquilo." Raramente vinham fazer revisões; essas situações começaram a surgir depois."

d.Com a complexificação do acto médico, com o crescimento exponencial do conhecimento médico e as múltiplas áreas de actuação do MF.

"O acto do médico tornou-se muito mais complexo!"

"Tornou-se muito mais complexo e a gente não sabe muito bem lidar com isto."

"(...) nós, há 20 anos, abarcávamos o conhecimento muito mais facilmente do que agora. A descoberta científica, a complexidade, tem um ritmo vertiginoso, (...) que entroncado num envelhecimento nosso, (...) a capacidade de abarcar com tanta facilidade como tinha há 20 anos, faz uma 'decalage' terrível."

1.3.4. Posição da profissão dos Médicos de Família na sociedade e no local de trabalho

De uma maneira geral, os médicos de família são vistos como tendo menos peso social e no local de trabalho, onde se acha que perderam autonomia e poder de decisão.

"O nosso peso mudou [como médicos de família] (...) baixou muito."

"Nós somos os mexilhões (...) Ou os políticos (...) dão o guião... mas o guião para eu ouvir e depois estar calado..."

"Perde-se autonomia" (D) disse um dos directores de CS depois de relatar que teve de operar uma alteração devido a uma orientação superior, sem discussão prévia, que se seguiu a uma pressão de um presidente de câmara.

"Em termos sociais perdemos esse peso, assim como perderam a igreja, os padres, etc. e tal, "

"(...) tem vindo a diminuir, mas sempre [assim foi], nunca houve muitas práticas... [de participar nas decisões]."

No entanto o prestígio do médico na sociedade parece manter-se alto.

"(...) embora pelos vistos naquelas classificações (...) das profissões mais cotadas em termos de população, o médico continue a vir lá no topo, porque a saúde é um valor, (...) não vai deixar de o ser."

Rematando, no entanto, um dos médicos *"Ainda assim, quem decide são os médicos."*

O pouco poder de decisão também é referido em relação à própria actividade clínica.

"[Na minha actividade privada] sei que tenho a resposta completamente... No CS não, no CS tenho que aguentar com tudo que há, desde as regras..."

"[O médico de família é um pouco o ponto de referência do utente] Mas depois não tem capacidade de fazer triagem, mesmo de encaminhar (...) ficamos aquém daquilo que poderíamos."

"No início da carreira ou há uns anos atrás, não há muitos (...) haveria mais diálogo, haveria mais consenso, haveria mais discussão, e neste momento (...) deixou de haver lugar sequer à discussão porque (...) as determinantes já estão feitas, já estão impostas..."

"Estamos subjugados sob as ARS e situações que nos limitam muito a nossa funcionalidade."

Por outro lado, alguns médicos acham que a perda de poder até nem é um mau resultado.

"(...) e eu acho muito bem que tenha diminuído [o poder dos médicos] porque nós somos uma pequena parte do que é um sistema de saúde e do que é a saúde (...).

"(...) a perda de poder do médico, eu acho que isso até não foi mau, (...) Porque evita alguns serviços para o médico."

"(...) nós [médicos] não temos de ser o supra-sumo para ninguém."

Outra faceta desta perda de poder é registada quando se afirma que a medicina geral e familiar é para onde se passa tudo o que outros profissionais não querem fazer, assumindo-se a questão dos atestados que actualmente são requeridos para inúmeras situações como causa de muita insatisfação já que são encarados como um trabalho burocrático e desnecessário.

"(...) é uma burocracia que foi aumentando sempre para os médicos de família, não é? Porque é o tal pilar,

quando interessa passa-se tudo pelo médico de família, embora também se saiba que é o que existe menos."

"(...) os médicos de saúde pública começaram a esvaziar-se nas suas funções e passaram-nas para o médico de família. E nós, médicos de família, muito caladinhos, aceitámos tudo. Isso também é um problema nosso, de classe. Nós temos pouco poder reivindicativo e como grupo as pessoas são dispersas."

"Eu acho que é muito complicado (...) são muitos actos sociais. Tu queres faltar a um tribunal, tu queres faltar a qualquer coisa [e o MF tem de atestar]."

"(...) que realmente é uma burocracia que foi aumentando sempre para os médicos de família"

Outra das razões apontadas para a actual posição dos MF nos CS é a definição insuficiente das funções e responsabilidades dos médicos de família.

"(...) neste momento, o acto médico ninguém sabe bem o que é."

"(...) cada um, individualmente, [os MF] faz conforme quer, depois queixa-se, lamenta..."

"generalista, a própria palavra generalista é muito complicada porque não está definido, (...) quais são as nossas capacidades e as nossas actividades."

"(...) e muitas das coisas não nos compete a nós [MF] fazer."

"Nós é que não podemos assumir responsabilidades que não são nossas."

1.3.5. Condições para o exercício profissional

As condições de exercício mais frequentemente associadas à insatisfação profissional foram 1) a existência de uma gestão considerada "controladora" e limitadora, 2) a falta de verdadeiro trabalho em equipa, 3) a dimensão demasiado grande da maioria dos CS, 4) instalações inadequadas, 5) o défice de tecnologia adequada que se verifica nos CS e 6) a falta de apoio dos outros níveis de cuidados.

"(...) [os MF] estão insatisfeitos por aquilo que é extrínseco à profissão, não é? Que é a gestão, os vencimentos, as condições..." (D)

a. A gestão existente nos Centros de Saúde é alvo de críticas para além das, já referidas, pouca abertura ao diálogo e fraca inclusão dos profissionais do terreno nas decisões importantes do CS, até aos processos de avaliação, predominantemente baseados na quantidade e não na qualidade.

“Eu acho que a avaliação do nosso trabalho, (...) seria feita predominantemente pela qualidade e depois pela quantidade. (...) Ora quando a quantidade se assume como um dos factores importantes que determinam a nossa performance, também (...) pode vir a interferir e interfere inevitavelmente na qualidade, na promoção da saúde, noutras atitudes que eram importantes na consulta e no dia-a-dia. (...) é mais uma das pressões que de facto existem e que está a inquirar...”

E por vezes um tipo de gestão que é considerado limitativo da actividade dos CS.

“(...) estamos subjugados sob as ARS e situações que nos limitam muito a nossa funcionalidade.”

Em relação aos mecanismos de controlo, nomeadamente do cumprimento dos horários, foi veiculada a opinião de que esse controlo seria mais efectivo se efectuado pelos pares.

“As pessoas têm prémios (...) prémios de desempenho que são depois distribuídos pelo grupo, o resto do grupo vai depois auto-controlar as situações marginais de incumprimento, não sendo necessário o dedo (...) o “pontómetro” (...), é um bocadinho a negação da concessão da responsabilidade ao grupo.” (D)

Existiram também críticas em relação ao modo de escolha dos directores dos CS que não serão, por vezes, na opinião deste participante, as pessoas com o perfil mais indicado para as funções.

“São líderes as pessoas que têm jeito para criar empatia, para criar dinâmica de trabalho. (...) As direcções de CS são por nomeação, não são por escolha, não são por projectos. Não são por nada, não é? É tudo imposto. (...) É-nos imposto politicamente.”

Os directores de CS, por seu lado, apresentam um perfil de director mais aberto e perto dos profissionais como sendo o mais apropriado.

"Eu não tenho essa ideia do director que é o que manda e tal. (...) Que é um tipo muito inacessível, muito longe (...) Claro que há sempre um caso excepcional, não é?"
(D)

É, ainda, salientada a importância das chefias intermédias na gestão dos CS.

" [falando da importância das chefias intermédias entre o Director do CS e os profissionais] essa pessoa lidando mais directamente com o director facilita a vida ao director (...) tira um bocadinho do peso da responsabilidade (...), e isso facilita a gestão, (...) as situações melhoraram, exactamente com a nomeação desses braços direitos dos responsáveis." (D)

Por último, um desabafo de um dos directores de CS ilustra as dificuldades de gestão de um CS;

"(...) é muito difícil estabelecer um regulamento interno que agrade a todos. Há sempre alguém que não concorda, e esse olha sempre isso como um factor extrínseco." (D)

b.o trabalho em equipa é apresentado como o paradigma de trabalho em CSP e o esquema de trabalho que mais satisfação traz; mas também se considera que é cada vez mais difícil.

"[Um dos factores que levam a uma maior satisfação das USF] é, sem dúvida, (...) o trabalho em equipa. A co-responsabilização de toda a gente nos objectivos comuns (...). E isso leva a que essa inter-disciplinaridade se transmita aos utentes." (D)

"(...) a satisfação dos profissionais era muito maior [em esquemas de trabalho semelhantes a USF, em que houvesse incentivos e trabalho em equipa]. " (D)

"E isto é que é fundamental, o trabalho de equipa, equidade e co-responsabilização no trabalho em equipa." (D)

"Mas eu penso que o que mais insatisfaz é a falta de trabalho em equipa."

"Nós trabalhamos muito isolados, cada um no seu consultório."

"A indisponibilidade não é só nossa, é do enfermeiro, do nutricionista, do assistente social..."

"(...) não tens equipas a funcionar, a não ser pontualmente."

"Mas isso [a ausência de trabalho em equipa] são realidades diferentes, conforme os casos."

A vantagem das equipas alargadas de CSP é evidenciada, apesar de ser rara.

"(...) há uma série de outros profissionais que trabalham actualmente nos CS que são uma grande mais-valia para a qualidade de trabalho do CS, inclusive para tirar algum trabalho dos médicos e que não são ouvidos nem achados nesta nova legislação, o que cria um mal-estar também entre esses profissionais."

"(...) equipas multiprofissionais, além de não existirem ou serem muito poucas para a população que é – um psicólogo num CS para 180 mil habitantes (...) Uma assistente social para fazer cobertura a 80 mil utentes, uma..."

A estabilidade das equipas ao longo do tempo é, também, evidenciada como importante para a satisfação de profissionais e utentes.

"a dimensão imputável à satisfação profissional e satisfação dos utentes está muito ligada aos rácios [profissional / utente e entre profissionais] e à estabilidade das equipas." (D)

- c. a dimensão demasiado grande da maioria dos CS ao invés de facilitar, torna a organização do trabalho mais difícil e este menos satisfatório, evidenciando-se que o trabalho em unidades mais pequenas é o mais adequado.

"(...) um CS que tem (...) dezenas de médicos, tem outros tantos enfermeiros, outros tantos administrativos... Tem

muitas pessoas a trabalhar. Não é muito fácil o diálogo. A equipa passa a ser menos fácil também."

"Portanto, de facto, parece-me que se torna mais fácil o trabalho em unidades mais pequenas."

"Nós trabalhamos em grupo, em equipa. (...). As unidades mais pequeninas conseguem. Nas grandes casas é impossível: as pessoas não se vêem, não se cruzam quase."

"Eu penso que o trabalho nas extensões é mais gratificante (...)"

"Uma unidade pequenina, (...) nós funcionamos como uma unidade [de saúde familiar]."

d.registaram-se várias críticas à qualidade das instalações, que foram consideradas inadequadas por várias razões.

"Portanto são logo dois grandes factores de insatisfação; a insatisfação baseia-se essencialmente nisto [instalações e equipamento por um lado e atendimento de utentes sem médico de família por outro]." (D)

"Os espaços físicos são escassos e degradados."

"Temos 20.000 doentes sem médico, que nos preocupam a todos, (...) a quem temos de dar resposta, mas não temos... espaço físico para isso."

"Nunca olharam (...) em que condições é que ele está a trabalhar. Um indivíduo que está a trabalhar e estão 40 graus tem que ter ventoinhas. As condições são estas."

e.é feita referência, ainda, ao défice de tecnologia adequada que se verifica nos CS e ao facto de que, por vezes, a tecnologia existente (como os sistemas informáticos de apoio à consulta) ao invés de facilitar o trabalho, o torna mais moroso e complicado.

"Em termos técnicos, estamos em piores circunstâncias que os médicos hospitalares: não temos acesso às tecnologias."

"[o computador e os sistemas informáticos de apoio à consulta] não é eficaz nem eficiente. E demora muito..."

"O computador serve de desculpa para o aumento de burocracia, mas realmente, em vez de facilitar o trabalho em termos de comunicação, as coisas pioraram neste momento. (...) não é que o computador seja mau e até nos facilita a vida em muitas coisas, só que realmente,

neste momento, serve para aumento de burocracia. E serve de desculpa para uma série de entraves..."

Por outro lado, há quem já reconheça valor acrescido na informatização dos CS.

"[A ideia dos sistemas informáticos de apoio à consulta era] poder retirar um estudo da qualidade dos nossos ficheiros. E é isso que se pretende."

"Eu não concordo com isso [que o computador complique o trabalho mais do que o facilita]. Eu uso o computador desde 88..."

- f. a falta de apoio dos outros níveis de cuidados, em especial dos cuidados hospitalares, também ressalta dos discursos analisados.

"[o atendimento ao utente] falha quando temos que interligar com outras questões [com outras valências, outros níveis de cuidados](...)"

"Os especialistas de hospital – e eu não tenho nada contra eles, são colegas como nós – só que têm outras maneiras de estar que nós não temos. Eles estão habituados, chega alguém 'isto não é comigo'."

"(...) ficamos aquém daquilo que poderíamos fazer se houvesse facilidade de comunicação com as outras actividades de saúde – não digo só com os colegas das especialidades,"

"(...) o intercâmbio não pode ser só de cá para lá [dos CSP para os cuidados hospitalares], tem de ser de lá para cá."

"E isso [resolver o problema da referenciação dos CSP para o hospital] só legislando. (...) Pronto, ninguém legisla..."

O problema das listas de espera para cirurgias e consultas externas também surgiu como relevante e fonte de insatisfação na relação com os hospitais.

"Mas nós, no CS, a coisa é assim: este doente precisa disto e daquilo e eu só vou ter resposta daqui a 6 meses, 1 ano, 2 anos, 3 anos..."

"Concretamente... houve a certificação do Hospital 'X'. Como é que resolveram o problema da lista de espera

para poderem ser certificados? A oftalmologia mandou os doentes todos de volta, esvaziou a lista de espera deles. (...) Dermatologia esvaziou a lista de espera de anos, lista zero. (...) Isto é para concretizar tudo o que estávamos a dizer em relação às dificuldades de relação."

1.3.6. Recompensa / Remuneração / Incentivos

O capítulo da retribuição e dos incentivos é sempre obrigatório quando se fala de satisfação profissional e também nestes discursos emerge a necessidade da existência de incentivos para uma maior produtividade e satisfação profissional. Ficou vincado que a retribuição é fundamental (mas uma retribuição que acompanhe o desempenho e promova o trabalho em equipa). No entanto, aspectos como uma melhor organização interna podem ser importantes.

"Não podemos estar a exigir que as pessoas trabalhem mais se não lhes dermos mais incentivos. E isto é óbvio, é humano, é natural, é básico." (D)

"A compensação nas USF, é a organização interna." (D)

"(...) o dinheiro também move as pessoas." (D)

"Não há dúvida que a nossa primeira prioridade é a satisfação profissional (...) Agora se nós não ganharmos, também não temos a satisfação profissional completa, não nos sentimos compensados pelo trabalho que fizemos." (D)

"até que formei a Unidade de Saúde, em que nós estamos em equidade e co-responsáveis por produzirmos o máximo que pudermos porque sabemos que toda a equipa vai ganhar como isso. E esse sentido altera completamente a situação. Na realidade as pessoas passam a ganhar em função do trabalho, mas também são responsáveis pelo vencimento dos outros. E deixei de ser eu a perguntar aos colegas porque é que eles não produziam nas várias áreas. E eram os vários responsáveis de cada área que, nas reuniões de serviço, diziam aos colegas "olha, tu estás a ser desmazelado." (D)

"Pronto, o acto médico tem peso diferente em termos não só remuneratórios, que para mim não é o mais importante como já disse; mas acho que já que não tenho satisfação de outra área (...)"

1.3.7. Ambiente de trabalho

A importância de um bom ambiente de trabalho também é evidenciada quer 1) em relação aos colegas de trabalho na mesma instituição quer 2) àqueles com quem se relacionam no exterior. É patente uma sensação de degradação do ambiente de trabalho nos dois contextos e a influência desse facto na satisfação profissional.

a.Relacionamento com os profissionais do mesmo centro de saúde.

“Mas eu penso que o que mais insatisfaz é a falta de trabalho em equipa.”

“Nós trabalhamos muito isolados, cada um no seu consultório, não é?”

“Os espaços de lazer que todos iam encontrando há uns anos atrás, (...) de vez em quando iam jantar todos juntos porque era Natal, porque era dia de isto, porque era dia de aquilo... Agora vai-se jantar com os delegados em grupos restritos e escolhidos. (...) a instituição já não é razão para as pessoas conviverem em circunstâncias diferentes, exteriores ao trabalho e onde podem fazer uns desabaços que descarregam um bocado para o resto da manhã.”

b.Relacionamento com outros profissionais de saúde exteriores ao centro de saúde.

“E sentimos um pouco que os colegas hospitalares... (...) obrigam-nos a fazer a parte burocrática [quando tratam de doentes das listas dos MF] que poderia eventualmente ser feita por eles, não é?”

“E a gente pega no telefone e fala com o colega e o colega até há pouco tempo dava-nos resposta [quando era necessária uma referência]. Havia uma boa relação pessoal. Neste momento já nem isso existe. (...) O circuito aumentou, despersonalizou, desumanizou e realmente não há nada a fazer.”

“Muitas vezes quando vem do Hospital: “vai lá ter com o teu médico de família, não é comigo, ele que passe” é

passar a batata quente. (...) É sempre assim, nós somos caixote."

1.3.8. Interesse do trabalho

A auto-imagem dos MF é alta, na generalidade, e é evidenciado que a escolha desta especialidade por parte dos MF participantes fora por opção, por se querer exercer em CSP. Houve, no entanto, alguns comentários no sentido de que tal poderá não se passar nos MF que entraram mais recentemente.

"No meio disto tudo, os únicos médicos somos nós. O cardiologista, o dermatologista e não sei quê; médicos somos nós, acabou, ponto final. Os outros são especialidades, digamos assim. "

"Há uma questão muito importante que é assim: os doentes são doentes do CS, não são doentes do hospital."

"Pelo menos eu, e acho que o grosso das pessoas que entraram em medicina familiar (...) entraram porque quiseram entrar, porque gostavam daquilo que, à partida, era pressuposto fazer-se nos cuidados primários. Por opção. (...) Se calhar já não é tão verdade nos novos colegas que entram."

Mas alguns MF não deixam de fazer notar a contradição da co-existência do auto-reconhecimento da importância dos MF com as queixas da excessiva exigência que é colocada ao trabalho dos MF.

"Nós somos importantes, nós somos a pedra basilar do sistema, nós temos de fazer os cuidados promotores de saúde; (...), é connosco que a saúde vai: "Olha, bestial, vê, a mortalidade neonatal" (...) nós, nós estamos aqui a receber os louros. Se nós reivindicamos isso, por outro lado queixamo-nos disso também, estás a perceber?"

Um dos directores de CS relevou a importância do trabalho de investigação e académico no interesse do trabalho do MF.

"No meu CS não há nenhum médico que não tenha um trabalho numa revista. Coisas muito simples, a pólvora está descoberta há muitos anos, mas vamos fazendo."(D)

O reconhecimento social e institucional é igualmente importante e não tem sido devidamente acautelado.

“E investimos muito [no SNS e na carreira de MGF]. E nunca vimos isso reconhecido. E eu acho que isso é uma das coisas importantes... Chega um tempo em que a pessoa pretende que tenha algum reconhecimento. E a carreira de medicina geral e familiar, e a especialidade de medicina geral e familiar não é reconhecida. Só é no papel e em discursos políticos. Quando interessa.”

“Eu falo mais no reconhecimento global das comunidades e do país todo em relação à carreira porque realmente nós somos subvalorizados.”

“Eu acho que agora (...) os políticos, mais do que aqui há uns anos, sabem o que é o médico de família.” (D)

“Hoje em dia toda a gente diz, o público, no global da sociedade, “realmente é uma especialidade de que há muita falta”, “que nós temos que ter um médico de família”. Toda a gente acha que tem que ter um médico de família. A sociedade mudou completamente.” (D)

Nota-se, no entanto, alguma evolução negativa no estatuto do MF que pode fazer perigar o interesse do trabalho do MF.

“(...) quando comecei a trabalhar, eu era o Dr. ..., eu hoje sou funcionário do Centro. O que é uma diferença muito grande em relação ao contacto com as populações.”

A burocratização do trabalho surge como uma outra ameaça ao interesse do trabalho.

“Com a agravante: cada vez há trabalho mais burocrático, que é uma coisa que é horrível.”

“É um exagero de atestados e a responsabilidade que querem mandar para cima do médico de família constantemente.”

“A gente vive amarfanhada debaixo de papéis... “

“Há uma quantidade de trabalho burocrático disparatado... [trabalho burocrático a que o médico de família é obrigado é determinante da sua pouca satisfação] Ai, muito determinante.”

“Eu fico mais zangado na transcrição para os seguros... e para a medicina do trabalho.”

1.3.9. Sentido de adequação para o trabalho

Os participantes referiram sentir-se capacitados para o exercício das suas funções, mas referem que o acto médico se foi tornando cada vez mais complexo e que o envelhecimento dos MF limita a sua capacidade de acompanhar essa complexificação. Por outro lado, novas competências dos MF nomeadamente na área da informática não têm sido acompanhadas com a formação necessária.

“Nós estamos preparados para resolver 60, 70% de todas as questões que existem em saúde; a não ser aquelas 10, 20% que têm que ser internadas, ir para hospitais. Acho que estamos preparados para isto.”

“Tornou-se muito mais complexo [o acto médico] e a gente não sabe muito bem lidar com isto.”

“Temos todos muitos anos, (...) menos capacidade de adaptação...”

“Não temos formação suficiente [para utilizar equipamentos informáticos].”

1.4. Consequências do actual estado de satisfação profissional dos médicos de família

Como consequências mais graves da insatisfação profissional no caso dos médicos são apontadas 1) a deterioração da relação médico/utente com a crescente *medicalização* (“*menos médico e mais medicamento*”) e menor aposta na promoção da saúde, 2) a deterioração da relação com colegas e restantes profissionais de saúde, 3) maiores custos, 4) menor disponibilidade para o CS, 5) aumento do stresse e 6) maior vontade de abandonar a profissão, nomeadamente pela aposentação. Dividiram-se os conteúdos por quatro categorias: consequências para o próprio profissional, para os colegas de trabalho, para os CS e sistema de saúde e para o utente.

1.4.1. Consequências para o próprio profissional

Os participantes referem cansaço, stresse e a possibilidade de esgotamento em consequência do actual estado de grande pressão e exigência.

“Ah, eu acho que isso [todas as situações que levam à insatisfação profissional] para nós é stressante.”

“(...) nota-se ao longe que eles [os MF] estão cansados. Porque neste momento eles dizem mesmo que estão esgotados, estão na vontade de abandonar tudo e sair, não conseguem aguentar mais a pressão intensa e o excesso de trabalho, que muitas vezes não é reconhecido.” (D)

1.4.2. Consequências para os colegas

É referida igualmente uma menor disponibilidade para se ser solidário com os colegas e para trabalhar em equipa.

“Passou a ser mais um trabalho e não tanto (...) uma profissão. (...) por exemplo, (...) o colega que está na urgência, que está muito atrapalhado, que tem muitos doentes (...) nós íamos lá e ajudávamos porque achávamos que era solidário e portanto era o trabalho de todos nós. O colega despachava-se mais depressa e até nem me custava muito.”

“É o trabalho em equipa, inter, entre médicos e interprofissional que se pôs em causa [pelas situações que levaram a uma menor satisfação profissional dos MF]. Por várias circunstâncias. Aquilo que eu dizia é que a relação pessoal, interpessoal, no mesmo grupo profissional deteriorou-se, perdeu-se... foi diminuindo, foi diminuindo; os espaços de encontro foram-se adiando, as pessoas têm menos conversas informais, têm menos tempo. Interprofissionais, quer dizer, se juntar dez médicos numa sala é difícil juntar, juntar os vários grupos profissionais ainda será mais difícil. É difícil porque as pessoas também já não estão tão disponíveis para vir fora de horas de trabalho.”

1.4.3. Consequências para os CS e sistema de saúde

Quanto às consequências para o CS e para o sistema de saúde, os MF ficam menos disponíveis para se interessarem pela instituição e fazer mais do que “cumprir o horário”. É manifestada também a intenção de avançar para a aposentação assim que possível, o que pode indiciar que,

caso surgisse a oportunidade, poderiam abandonar o CS por outra instituição.

“Portanto as pessoas, neste momento, estão muito menos disponíveis para dar de si (...) adiando. Pronto, tudo isso foi-se dificultando e, como estava mais difícil, foi-se adiando.”

“Para além da menor disponibilidade para o próprio trabalho do CS.”

“(...) que esta insatisfação e portanto esta falta de satisfação com aquilo que a gente vai fazendo faz com que a gente passe a cumprir só o horário. (...) E não [se tenha] uma preocupação com todo o CS.”

“Sei lá, vêm os estudantes e pedem-nos para colaborarmos em (...) estudos e nós não aceitamos “olhe, tenho muito que fazer.”

“Portanto, qualquer reforma [referindo-se a reformas do sistema de saúde] que venha, eu é para acabar dentro de 10 anos, porque eu tenciono dentro de 10 anos estar reformada.”

“(...) Mas realmente, há depois, cá atrás, uma coisa que diz assim: “eu tenho 26 anos de carreira, não é? Tenho 30 anos de serviço e... Por amor de Deus, estou à espera da reforma.”

1.4.4. Consequências para o utente

Para o utente, surgem consequências igualmente gravosas apesar de ficar expressa a vontade de não *“descarregar nos utentes a minha insatisfação”*. Um dos médicos referiu que antes, quando estava mais satisfeito na profissão e tinha menos pressão do tempo, receitava *“mais médico”*, mais aconselhamento, mais tempo de qualidade com o utente; mas agora que já não tem esse tempo, prescreve mais medicamentos, mais exames complementares, com prejuízo do doente e da comunidade que tem de arcar com esses custos. Por outro lado, cada vez se tem mais uma atitude defensiva na prática clínica ou uma postura de *“«deixa correr; é assim que querem é assim que faço»*. E portanto se o doente quer isto, leva. Já não vou perder o meu latim com promoção e prevenção”, o que também implica custos

acrescidos. Por último, fica o aviso de que a interpretação da ética e a deontologia no exercício da profissão fica mais difícil quando os médicos estão cansados e a desistir.

"Tenho uma postura em termos de valores humanos e morais; não vou sobrecarregar os utentes ou não vou descarregar nos utentes a minha insatisfação."

"E eu automaticamente receitava "mais médico", não é? Como dizia o Dr. 'X', eu "receitava mais médico", falava mais com ele, auscultava mais, via mais, sei lá... Via mais o indivíduo e receitava "mais médico" e poderia passar apenas com alguns conselhos, esta ou aquela rotina básica e, hoje em dia, na medida em que temos o espaço guardado e o tempo... que nem sequer temos, eu tenho que prescrever mais. Prescrever mais das outras coisas, dos auxiliares. Na falta de médico, prescrevo outras coisas que ficam mais caras à comunidade..."

"Mas isto é uma atitude despesista. Vamos aumentar, continuar a ter uma atitude defensiva que nos iliba de alguns erros que possamos cometer. Vamos ser mais despesistas porque eu quando for ver os meus utentes, à cautela vou pedir qualquer exame que entre noutra questão."

"(...) se eu estou insatisfeito, não é, estou desiludido com a carreira em cuidados de saúde primários, naquilo porque andei a lutar tantos anos, se calhar chegou-se ao ponto de dizer assim "olha, deixa correr (...)"

"(...) a ética e a deontologia ainda continuam muito presentes nas nossas cabeças (...), a humanidade, o sentido humanista, holístico da nossa profissão leva-nos a ter essa (...) sensibilidade, mas isso acaba com as pessoas cansadas (...) a desistir." (D)

1.5. Factores que poderiam melhorar a satisfação profissional dos médicos de família

Foi colocada uma questão especificamente sobre este aspecto. Os factores seguidamente apresentados foram referidos espontaneamente sem nenhuma orientação ou questão dirigida. Os resultados estão divididos em dois tipos de incentivos: 1) dentro do pacote retributivo e 2) fora do pacote retributivo.

Uma observação relevante prende-se com algo que aconteceu várias vezes ao longo dos *focus groups* sobre satisfação profissional: as frases sobre os incentivos propostos muitas vezes terminavam com frases equivalentes a “como vai ser nas USF”, revelando que o esquema proposto na actual reforma é identificado como passível de promover a satisfação profissional.

1.5.1. Incentivos dentro do pacote retributivo

A retribuição é um aspecto importante, mas para ter mais valor deve ser diferenciada conforme o desempenho e promover o trabalho em equipa e a co-responsabilização pela actividade da unidade.

“O dinheiro também move as pessoas.” (D)

“Pronto, o acto médico tem peso diferente em termos não só remuneratórios, que para mim não é o mais importante como já disse, mas acho que já não tenho satisfação de outra área”

“E uniformizar o pagamento em função da produtividade.” (D)

“Para os colegas é um factor de desmotivação e de falta de satisfação em todos os aspectos... uns trabalham muito e ganham pouco e outros trabalham pouco e recebem muito.” (D)

“[nós profissionais ficamos] co-responsáveis por produzirmos o máximo que pudermos porque sabemos que toda a equipa vai ganhar com isso. E esse sentido altera completamente a situação. Na realidade as pessoas passam a ganhar em função do trabalho, mas também são responsáveis pelo vencimento dos outros.” (D)

“Agora vão-me pagar, por exemplo, mil por cada inscrito. Eu não faço mais nada. Tenho a minha satisfação pessoal, estou lá, tenho tempo para responder aos doentes todos (...) no fundo, como vai ser nas USF.”

1.5.2. Incentivos fora do pacote retributivo

As propostas de incentivos nesta categoria foram muito diversificados e em grande número, sendo apresentados nas seguintes classes: 1) melhor orientação e gestão política, 2)

melhor liderança, 3) melhor qualidade organizacional, 4) aumento da autonomia e da responsabilidade / maior participação nas decisões, 5) aumento da quantidade e qualidade da informação (incluindo a informação sobre o próprio desempenho do trabalhador) / melhores meios de comunicação, 6) recursos humanos adequados, 7) melhor ambiente de trabalho / ambiente de suporte e de solidariedade / espírito de corpo, 8) melhores instalações e 9) maior responsabilidade social dos utentes e do Estado.

a. Melhor orientação e gestão política – fica bem marcada a convicção de que a primazia dos CSP nos discursos políticos é considerada com uma manobra de marketing não se reflectindo na distribuição de recursos. Por outro lado, a instabilidade de políticas do sector é também quase uma imagem de marca portuguesa.

“Quer dizer, politicamente os cuidados primários são prioritários e são o alicerce dos serviços de saúde, mas não é para aqui que são canalizados nem os profissionais nem as verbas, nem nada. Enquanto não resolverem este problema...”

“(...) o que desgasta a função de quem está ali, digamos, são as variações da política. E o que é hoje verdade, amanhã já é mentira. (...) nós empenhámo-nos em determinadas coisas e, passado um, dois ou três anos, as coisas mudam e nós não temos cara de renegar aquilo que com tanto empenho andámos a defender.”

“E eu de facto acho que (...), quando falo com colegas lá fora [fora do país] (...), eles não têm esta vivência. Eles sabem exactamente o que lhes vai acontecer daqui por 15 anos.”

“(...) fazer com que haja uma separação maior entre a nossa profissão e a política...”

b. Melhor liderança – chefias escolhidas pelo seu projecto para o CS e que queiram ouvir o que os profissionais do terreno tenham para dizer é o desejo expresso pelos participantes. Os directores de CS participantes desenham o chefe ideal como tendo capacidade negocial e de comunicação, sendo digno de confiança, nomeadamente pelo seu trajecto anterior, sabendo gerir bem os incentivos e acima de tudo sabendo perseverar.

"(...) Seria importante, sim [que as chefias fossem nomeadas pelos seus projectos]."

"(...) a comunicação directa com os colegas e (...) conseguir que eles confiem em nós, que estamos ali para os apoiar e não para os explorar. E tentar fazer com que eles trabalhem mais, com um incentivo pessoal de reconhecimento..." (D)

"Tenho que equilibrar a balança de uma maneira humana muito satisfatória para ambas as partes." (D)

"[Para gerir o CS são necessárias] muita persistência e muita diplomacia e sempre muita persistência..." (D)

"Dá-me a sensação que pende com o prestígio que temos junto dos colegas. (...) E nós temos que empenhá-lo todo, empenhamo-lo todo [o prestígio]." (D)

"Ouvir, estar lá, conhecer, que é coisa que muitas das pessoas que têm que passar por lá não fazem (...) Mas há o "eu ouvi, mas depois faço o que me apetecer". Eu ouvi, ouvi mas depois faço aquilo que já tinha pensado fazer."

"Há colegas que também não sabem dizer o que querem, não é?"

- c. Melhor qualidade organizacional – uma boa organização interna e o trabalho em equipa são considerados dos melhores incentivos; são, também, considerados importantes a definição das tarefas e responsabilidades dos MF (tendo em conta, sempre que possível as preferências e gostos de cada profissional), a existência de reuniões de serviço regulares, horários bem pensados com períodos de repouso ao longo do dia e a existência de mecanismos que promovam o cumprimento das normas de funcionamento do CS por parte do utente."

"A compensação nas USF é a organização interna. " (D)

"(...) que vai ser implementada nas USF... cada indivíduo que se vai inscrever vai ter um cartãozinho com aquilo que pode esperar e aquilo que não pode esperar."

"Neste momento tem que se definir o que é que é o acto médico, o que é que é a minha incumbência."

"Havendo sempre respeito pelas tendências, porque normalmente não há, a gente tem que fazer tudo e acabou. Muitas vezes não se ouvem os interesses em algumas áreas e acho que isso ia melhorar, a pessoa sentir-se muito mais participativa, muito mais aproveitada

e acho que chegava ao fim, pronto, sentia-se muito melhor."

"Essas reuniões regulares, mensais, podiam ser decisivas na organização e distribuição das tarefas. (...) Podem ser só para informar, mas podem também ser para muita coisa."

"O quebrar da consulta (...) O médico deveria parar de 50 em 50 minutos para levar uma refrescadela. Mesmo 10 minutos."

"O utente marcado por hora com algum compromisso do próprio utente (...) "

"Tivemos a felicidade de fazer uma avaliação exterior, que foi feita por uma entidade exterior, [em que se concluiu que] a satisfação dos profissionais era muito maior [em esquemas de trabalho semelhantes a USF, em que havia incentivos e trabalho em equipa]." (D)

d. Aumento da autonomia e da responsabilidade / Maior participação nas decisões

"Participação das pessoas [MF] na própria organização e gestão dos serviços. Isso ia permitir gerir melhor os horários, gerir tempos livres, gerir a realização de trabalhos de investigação, gerir ou receber alunos e receber internos, sei lá. Tudo isso, se realmente as pessoas fossem envolvidas muito mais, fossem envolvidas e não é só ouvir as pessoas, é pô-las mesmo a participar na criação e na organização de várias actividades, acho que isto iria melhorar bastante, também iria aumentar bastante a satisfação."

e. Aumento da quantidade e qualidade da informação / melhores meios de comunicação

"É impossível porque o indivíduo vai gerir uma coisa que desconhece. Neste país só se vai decidir sobre uma coisa que se conhece. Portanto, o próximo passo é conhecer o CS."

"Mantê-los [aos MF] informados." (D)

"Quando faço as reuniões, dou-lhes [aos MF] todas as informações que tenho." (D)

f. Recursos humanos adequados, quer em número quer em condições contratuais

"A primeira coisa [para melhorar a satisfação profissional dos MF] era ter médicos para todos os utentes." (D)

"Muitas vezes, em CS que têm graves dificuldades em recursos humanos e que funcionam muito à base de contratos a prazo, como é o caso do meu, temos muitos contratos, o que dá grande instabilidade." (D)

- g. Melhor ambiente de trabalho, com sensação de suporte pelos colegas e hierarquias e espírito de corpo.

"E mostrarmos aos colegas que nós [directores dos CS] estamos com eles, solidários." (D)

"Como é que eu hei-de motivar os meus colegas? Só tenho uma hipótese, é ter um CS com uns colegas maravilhosos, estarmos todos a lutar pelo mesmo." (D)

"Os profissionais, os colegas que estão na Unidade [no regime remuneratório experimental], que se escolheram a si próprios, porque isso é o importante desta coisa, os colegas escolheram-se a si próprios (...) Portanto, as USF, na minha perspectiva, podem ser realmente uma mais-valia e uma possibilidade de diminuição dessa insatisfação [de utentes e profissionais]." (D)

- h. Melhores instalações e mais personalizadas

"Melhorar as instalações, criar condições dignas, dar também dignidade às condições de trabalho."

"Personalizar o espaço (...) para que o local da prestação de serviço seja agradável. Eu não posso estar num sítio que detesto, (...) onde a pessoa vai resolver rapidamente a lista de afazeres que tem naquele dia. A pessoa tem realmente de gostar de lá estar."

"Nunca olharam, por exemplo, se o indivíduo... em que condições é que ele está a trabalhar."

- i. Maior responsabilidade social dos utentes e do Estado – o que poderia resolver uma importante fonte de insatisfação dos MF e que pesa no trabalho burocrático da actividade destes – os inúmeros atestados e declarações. Foi proposto um atestado social, em que cada cidadão arca com as suas responsabilidades para questões de menor importância em vez de transferir essa responsabilidade para o MF.

“Mas na questão de suporte e da segurança social relativamente à população em geral, nomeadamente ao grau de responsabilidade colectiva, o exemplo paradigmático é este: “venho-lhe pedir baixa porque a ama do meu filho adoeceu e não tenho quem fique com ele.” (...) Se nós tivéssemos, a nível social, isto implementado – o chamado atestado social – um termo de responsabilidade individual, em que a pessoa, o utente (...), nesta circunstância poderia arcar com alguma responsabilidade e não sacrificar a uma questão médica.”

“[também investia em educação]... do utente para com isso aumentar a satisfação dos profissionais. (...) Nos próprios locais de trabalho, nas próprias habitações, nas próprias autarquias, quer dizer, até os políticos.”

“Na minha perspectiva é muito importante uma mudança de mentalidade.” (D)

1.6. O efeito da actual reforma dos CSP na satisfação profissional dos médicos de família

O esquema proposto na actual reforma dos cuidados de saúde primários, nomeadamente com o enquadramento organizativo das unidades de saúde familiar, é encarado não só como uma resposta à insatisfação existente (*“as USF foram resultado da insatisfação.”*), mas também como uma solução eficaz para a combater (*“Só nas USF eu penso que (...) estão com um grau de satisfação alto.”*). Considera-se que o actual processo de reforma dos CSP pode aumentar a satisfação profissional dos MF já que 1) é construído *bottom-up*, apelando à voluntariedade dos profissionais na constituição das USF e à sua responsabilização, 2) traz uma maior autonomia ao exercício profissional, 3) apela a uma maior participação dos profissionais nas decisões sobre o funcionamento das unidades, 4) incentiva o trabalho em equipa e 5) impõe regras mais claras nos deveres e direitos de utentes e profissionais.

No entanto, é realçado o perigo de poderem resultar faltas de equidade no acesso a cuidados de qualidade por parte

dos utentes e desinvestimento na dimensão da intervenção comunitária da actividade dos CS.

Os contributos para este tema foram divididos em vários tópicos: estado de satisfação com a reforma; autonomia; trabalho em equipa; qualidade organizacional – outros aspectos para além do trabalho em equipa; remuneração; melhoria da qualidade dos cuidados; relação utente-profissional; equidade para os utentes e profissionais.

1.6.1. Estado de satisfação com a reforma

Foram várias as expressões indicativas de uma maior satisfação profissional nos profissionais envolvidos em USF que se associam com o facto de um certo expurgo das condições extrínsecas que nos CS tradicionalmente são fonte de insatisfação – nas USF têm instalações e equipamento adequados, não têm de lidar com os utentes sem médico de família e existem incentivos.

“[Sobre a satisfação], eu só tenho aquilo que ouvi a alguém que faz parte de uma dessas USF que estava eufórico e muito bem disposto, dizendo que aquilo estava a funcionar muito bem.” (D)

“Só nas USF eu penso que (...) estão com um grau de satisfação alto. Porque têm instalações novas, algumas, cuidadas (...) não lidam com população sem médico de família. Têm equipamento.” (D)

“Também acho que têm toda a razão (...), os grupos que se constituem em USF controlam, ou expurgam os factores extrínsecos [que provocam insatisfação profissional]. Sejam eles os administrativos, sejam o que sejam.” (D)

“Mas (...) o fundamental para a satisfação das USF não é só o facto de não terem utentes a descoberto, porque, se fosse necessário, com a compensação devida [o atendimento aos utentes sem MF também poderia ser efectuado nas USF] (...) preciso [para a] concretização dos objectivos, atingir as metas a que se propõem, é preciso que haja incentivos.” (D)

Alguns MF temem um excesso de expectativas e de exigências que possam fazer perigar a implementação das USF.

"Eu acho que, em termos de superiores, querem passar do razoável para o super-ótimo. E eu penso que também nas USF se está a pensar nisso."

É reforçada a noção de que esta é uma reforma que vai alterar profundamente os CS.

"Não, o CS não vai ser o mesmo [após esta reforma dos CSP]..."

Alguns MF consideram que estas alterações vão seguir sem recuos no sentido considerado correcto apesar das oposições que possam surgir, enquanto outros formulam dúvidas sobre se o processo é já irreversível.

"Pode é demorar mais tempo ou menos tempo. (...) Porque o caminho vai ser sempre esse. Vai haver sempre muita gente que vai ser contra. Mas é questão de uma pessoa ter paciência porque estou convicto, tenho quase a certeza, que nós, se nos encontrarmos com um indivíduo daqui a 20 anos, vamos ver que o sistema está completamente diferente, completamente diferente. E que isto está mais centrado nos CS." (D)

"Mas ainda não há uma segurança de como as coisas vão decorrer. Mesmo em relação ao que se falou, ainda há assuntos para regulamentar. Entretanto muda o Ministro (...) e muda tudo. Infelizmente é assim."

"(...) e ninguém sabe muito bem o que é que vai acontecer."

São veiculados também alguns receios que existiram inicialmente em relação à actual reforma dos CSP e da necessidade de se ter tido coragem de aderir a esta reforma desde o primeiro momento.

"É preciso dizer isto. E eu cada vez tenho mais coragem para dizer isto. No princípio tínhamos algum receio [de avançar com as USF], e é preciso dizê-lo, das represálias; mas também, sempre tivemos a coragem de, frontalmente, tentar resolver os nossos problemas. Mas a hierarquia não estava muito motivada para nos apoiar. Havia sectores que, "sim senhor" e havia outros sectores que "nem por isso". (D)

Não deixa, no entanto, de se salientar uma certa polarização de opiniões junto dos profissionais de saúde em relação à actual reforma dos CSP.

"Mesmo esta situação que agora se levanta para nós nas USF e que algumas pessoas que aqui estão, e já relativamente orientadas elas mesmas, vêem como uma possível saída, outros verão isso como um remendo"

"Politicamente não concordo... [com as USF e a reforma dos CSP]."

Uma dúvida que surge recorrentemente nos discursos dos participantes é como vão ficar os profissionais que não aderirem voluntariamente a esta reforma, havendo mesmo um MF que referiu que o processo agora é ascendente *bottom-up* e, posteriormente, será *top-down*.

"A partir de agora a gente fica organizada em USF e como é o resto?"

"Nós, por condições próprias, achamos que devemos mudar, fazer unidades de saúde, para melhor e tal. Mas não podemos pressupor que os outros, que não querem... devam ser obrigados a isso." (D)

"[A actual reforma] Agora é ascendente. (...) Depois será de forma descendente. (...) Porque depois [das USF iniciais, em que os elementos que as integram se escolhem uns aos outros] o que vai sobrar, a escumalha não reunida, entre aspas, vai ficar para quê? Vai ter então, vai haver então uma (...) USF descendente. Organizem-se, se não vão parar a 30 km daqui."

Continuam a emergir no discurso problemas concretos para o avanço de novas USF e dúvidas sobre o futuro muito alicerçadas naquilo que é percepcionado como uma indefinição política sobre a visão que o Governo tem para o Sector da Saúde.

"Se eu quiser hoje constituir, ou pensar em constituir uma USF juntamente com um certo número de profissionais, para onde é que eu vou?"

"E, se nós tivéssemos uma perspectiva de futuro mais clara, melhor definida, penso que provavelmente as pessoas estariam mais cómodas para fazer, para tomar decisões, e para avançar, ou para não avançar."

1.6.2. Autonomia

A autonomia, conjuntamente com o trabalho em equipa, parecem constituir as duas pedras de toque das USF. Autonomia é dos aspectos mais valorizados nos estudos efectuados sobre as razões subjacentes às tomadas de decisão dos MF sobre as suas opções por diferentes esquemas de trabalho e esse resultado surge também aqui lado a lado com uma crescente responsabilização.

“Uma das premissas da USF é “eu não tenho depois uma carga directiva que me é externa, um elemento externo a mandar em mim, eu tenho apenas que (...) responder à cartilha que eu contratualizei. Não tenho depois que aturar seja quem for da cor A, B ou C, com estas e com aquelas manias. Eu tenho um indivíduo no meu grupo que depois me representará naquelas questões. Eu tenho que cumprir a minha função.”

“Eles [profissionais das USF] são autónomos organizacionalmente. A organização do seu trabalho é feita com todos. Todos eles tomam a sua responsabilidade. E todos eles trabalham na formulação do modo de organização da sua Unidade. Isso é importante. No fundo, há (...), há um acerto, toda a gente colabora e toda a gente está de acordo.” (D)

“[os profissionais de saúde nas USF] aceitam melhor as regras porque (...), porque não são impostas.” (D)

“Quando se formou uma outra USF no meu CS por pessoas que sempre disseram mal e que sempre foram contra as USF, eram as pessoas que mais atestados metiam, que mais doentinhas eram, e que deixaram de ser. (...) Portanto, isto denota que, de facto, as pessoas sentem uma co-responsabilização no trabalho de equipa. Responsabilizando-as, diminuem-se as ausências.” (D)

1.6.3. Trabalho em equipa

Trabalho em equipa é a outra imagem de marca das USF, muito ligado à criação de uma identidade comum forjada na auto-selecção dos grupos e nas afinidades e complementaridades entre os vários elementos.

“As pessoas numa USF trabalham em equipa.”

“As USF pretendem a priori resolver tirando parte dessas questões porque o grupo conhece-se, elegeu-se, o grupo arranjou-se, entre si elegeram as próprias pessoas, os cargos são distribuídos pelo próprio grupo, há interligação, há a inter-substituição de que se falava, (...) há ali alguma identidade.”

“E agora faz-me lembrar, porque isto é contraditório, porque esta nova legislação que está aqui destas USF e não sei quê, de equipa não têm nada.”

Mas surgem críticas por não terem sido envolvidos outros grupos profissionais para além dos médicos, enfermeiros e administrativos neste processo da constituição das equipas e pelo constrangimento que tal facto acarreta.

“(...) há uma série de outros profissionais que trabalham actualmente nos CS que são uma grande mais-valia para a qualidade de trabalho do CS, inclusive para tirar algum trabalho dos médicos e que não são ouvidos nem achados nesta nova legislação, o que cria um mal-estar também entre os profissionais.”

1.6.4. Qualidade organizacional – outros aspectos para além do trabalho em equipa

Para além do trabalho em equipa, surgem mais algumas referências a aspectos organizacionais das USF com a tónica geral de que uma das grandes mais-valias das USF é exactamente a sua organização interna e as vantagens para profissionais e utentes de uma maior clarificação dos papéis, direitos e deveres de todos.

“A compensação nas USF, é a organização interna. ”(D)
“Há uma coisa mais fácil que se calhar poderíamos ter feito e que vai ser implementada nas USF que é cada indivíduo que se vai inscrever, ir ter um cartãozinho com aquilo que pode esperar e aquilo que não pode esperar.”

1.6.5. Recompensa / Retribuição / Remuneração

Os aspectos remuneratórios ligados a esta reforma são também comentados, revelando-se a concordância com os esquemas propostos assim como com o acréscimo de remuneração para o elemento coordenador da USF.

“Se eu for para uma USF vou ter 1750. Agora, vou ter 1750 mas vou ter as tais listas ponderadas, vou ter... Pronto, o acto médico tem peso diferente em termos não só remuneratórios (...)”

“Normalmente, o responsável da USF tem essa compensação [incentivo monetário pelas funções de chefia].” (D)

1.6.6. Melhoria da qualidade dos cuidados

Os efeitos positivos da actual reforma estendem-se aos utentes, com melhoria da qualidade dos cuidados que lhes são prestados essencialmente porque os rácios profissionais / utentes são mais adequados, existe alguma estabilidade e uma boa ligação funcional das equipas que prestam os cuidados. É, no entanto, evidenciado que os MF são os mesmos, a sua qualidade técnico-científica é a mesma, o que muda são as condições de exercício que são promotoras de uma maior qualidade.

“Quando se (...) formaram as USF no meu CS (...), telefonou-me uma jornalista e perguntou-me se eu esperava uma melhoria dos cuidados prestados aos utentes nas USF. (...) Eu disse-lhe “uma dimensão da qualidade é a satisfação dos profissionais e a satisfação dos utentes. Os profissionais vão estar muito mais satisfeitos porque os rácios são mais favoráveis e os utentes também porque as equipas são estáveis. Portanto, nesta perspectiva, eu acho que deve haver uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados. Na parte técnico-científica não, porque os colegas são os mesmos (...) a qualidade técnico-profissional há-de manter-se, mas a qualidade, a dimensão imputável à satisfação profissional e à satisfação dos utentes está muito ligada aos rácios e à estabilidade das equipas.” (D)

1.6.7. Relação utente-profissional

O relacionamento entre utentes e profissionais também melhora neste novo enquadramento, considerando-se que existe uma maior interiorização de direitos e deveres de parte a parte com ganhos para todos. Também é evidenciado que os MF têm uma nova disponibilidade para o CS e para os utentes.

“[Nas USF] vêem-se normas mais definidas, há normas que têm de ser seguidas mesmo por parte dos utentes, que infelizmente continuam a ter sempre os direitos e os deveres não existem ..., e com a instalação das USF isso já faz parte. Com as USF eles, ao aceitarem fazer parte das USF, têm uns compromissos e não só os direitos. E isso, em parte, ajuda a que os profissionais se sintam melhor.” (D)

“[Um dos factores que levam a uma maior satisfação nas USF é que] não só os direitos são afixados, mas eles são vividos. Os direitos e os deveres. E portanto, quando os utentes são bem atendidos, e quando se cumpre a nossa parte, a obrigação que temos para com eles, quando cumprimos os horários que estão afixados, quando cumprimos todas as marcações, quando há desmarcações e telefonamos atempadamente, portanto, quando respeitamos os direitos deles, eles naturalmente que assumem muito mais os deveres, também.” (D)

“Lá está, porque [os MF que aderiram a uma USF] têm uma nova disponibilidade.”

1.6.8. Equidade para os utentes e profissionais

Um perigo comentado nestes *focus groups* foi o da criação de grupos de utentes com acessos diferenciados, eventualmente não equitativos, aos cuidados de saúde, assim como de divisões entre os profissionais de saúde.

“Ou então vão ficar aqui nos CS para os utentes não escolhidos pela USF, entre aspas, que vão outra vez ser os cidadãos de segunda, que já havia, já havia os da ADSE, os dos sub-sistemas e depois os do sistema nacional de saúde. Agora vai-se criar um outro tipo, que vai ser o utente de USF versus o utente do CS, percebem? E depois... e depois isto vai criar essas insatisfações todas.”

“Porque realmente começa a haver a comparação. (...) E mais, os colegas que estão no CS tradicional não trabalham pior do que os outros, só que são vistos de forma diferente. (...) Até podem trabalhar mais, mas são vistos de forma diferente. Por mais que queiramos, são vistos de forma diferente.” (D)

2. Satisfação profissional – perspectiva das chefias intermédias dos centros de saúde

Este capítulo de resultados resume a análise do conteúdo recolhido num *focus group* que integrou 6 elementos, todos eles chefias intermédias médicas, de enfermagem e administrativas provenientes de dois CS.

O discurso dos participantes foi classificado de acordo com as seguintes dimensões e respectivas subcategorias:

- actual estado de satisfação profissional nos centros de saúde;
- consequências do actual estado de satisfação profissional nos centros de saúde;
- factores que poderiam melhorar a satisfação profissional nos centros de saúde;
- o efeito da actual reforma dos cuidados de saúde primários.

2.1. Actual estado de satisfação profissional nos centros de saúde

Os conceitos “motivação” e “satisfação” são frequentemente usados indistintamente no discurso destes participantes,

tendo chegado a ser necessário esclarecer se eram considerados como sinónimos para os participantes. Revelou-se consensual que são conceitos relacionados ainda que não sinónimos, surgindo a motivação como algo que confere protecção contra o efeito na satisfação profissional de acontecimentos adversos que possam surgir.

*“Estão ligados. [a motivação e a satisfação]
- Mas não são sinónimos. [a motivação e a satisfação]”
“[...] se eu me mantiver motivada, mesmo que me pareça que o que está à volta é adverso, [...] continuo a acreditar que se pode chegar lá.”*

Ao longo da conversa os participantes vão salientando diversos factores e relatando situações geradoras tanto de satisfação como de insatisfação no decurso dos seus trajectos profissionais. No cômputo geral poder-se-á dizer que as referências positivas superam as negativas. Organizou-se esta secção nos seguintes tópicos ilustrando o seu efeito na satisfação profissional: motivação; sistema de saúde e orientações políticas; supervisão / avaliação / controlo; relacionamento com os profissionais / colegas de trabalho; relacionamento com chefias; relacionamento com os utentes; especificidades das chefias intermédias.

2.1.1. Motivação

A chamada “motivação intrínseca” é particularmente referida e advém sobretudo da construção partilhada de metas adequadas e exequíveis.

*“Tem sempre que haver motivação. [...] eu tenho que ter a minha motivação intrínseca.”
“Eu acho que as metas são importantes na motivação (...) quando os profissionais estão envolvidos nessas metas, não lhes pedem só que cheguem lá, mas que eles percebam. E a melhor maneira de perceber é tendo ajudado a construir.”*

Assim, o trabalho em equipa, apelidado de “vestir a camisola”, é particularmente valorizado, sobretudo:

a.interajuda.

“Porque trabalhamos todos no mesmo objectivo, trabalhamos todos em conjunto.”

b. diálogo construtivo.

“[...] as coisas têm que ser faladas e explicadas. [...] onde há muitas pessoas há sempre qualquer erro de comunicação [...] Essas coisas têm que ser sempre desmistificadas e [...] daí realmente o ser importante trabalhar em equipa.”

c. e reconhecimento entre os pares.

“E saber que são reconhecidos [...] Isso também é importante.”

As referências feitas ao trabalho que os profissionais desenvolvem são escassas, mas revestem-se sempre de um cariz positivo, denotando claro interesse e satisfação com o conteúdo funcional.

“[...] mas depois há uma outra parte que dá uma certa satisfação e gozo, mesmo a nível profissional... gosto tanto, tanto daquilo que estou a fazer [...] faz-me criar novas [...] etapas, novos objectivos a alcançar. E por vezes [...] tenho imenso prazer mesmo.”

“Mas no fundo esta equipa funciona porque [...] está satisfeita com aquilo que faz. Eu acho que todos os elementos gostam verdadeiramente daquilo que fazem porque se não já tinham tido oportunidade de sair.”

Surgem diversas intervenções que poderão ser consideradas como estratégias de coping, predominantemente no âmbito de duas categorias distintas:

a. Motivação intrínseca (destacando-se a importância da automotivação através da sensação de “dever cumprido”).

“Uma pessoa que goste de fazer, goste de trabalhar, arranja sempre maneira de, melhor ou pior, andar um passo à frente.”

“[...] eu acho que tenho uma boa auto-estima e que, como acho que trabalho bem, mesmo que não haja grande reconhecimento eu não deixo por isso de achar que trabalho bem.”

b. Trabalho em equipa.

"Essa possibilidade de nós trabalharmos em equipa, em equipas que sejam interdisciplinares, eu acho que tem outra vantagem que está ligada com a satisfação, que no fundo passa por um reconhecimento, de que eu falei há bocado, do nosso valor."

Em termos de organização / gestão a tónica dominante revela satisfação, possivelmente porque a posição hierárquica ocupada pelas chefias intermédias permite aos profissionais gozar de alguma autonomia.

"No meu dia-a-dia [...], apesar de tudo, não estou insatisfeito. Eu tenho uma relativa autonomia, faço como gosto, como acho, não tenho confusões, [...] faço o trabalho de um modo que me agrada. [...] Evidente, 'ah, vives no Paraíso?'. Não vivo. Mas também na USF vou viver no Paraíso? Não."

No entanto, é reforçada a necessidade de trabalhar em equipa, partilhando experiências e responsabilidades, tal como a filosofia das USF preconiza.

"Metas construídas em conjunto [...] em que as pessoas participem. [...] há essa possibilidade nas USF [...] eu não acho que as USF sejam a única solução, que até aqui estivemos a trabalhar mal, não é? [...] acho que, se calhar, para nós foi muito fácil esta ideia da USF porque vínhamos já muito habituados a partilhar [...] esta experiência [...] na elaboração do plano de acção, na criação de metas, na discussão de metas, nos indicadores..."

"A principal [prioridade para aumentar a satisfação dos profissionais] digo já: reunir com as pessoas, auscultar a opinião delas, tirar grande proveito, sentir o que é que as pessoas querem, [...] valorizar o trabalho delas, mas passando pelo diálogo. Acho que isso é importantíssimo."

Existem inúmeras referências à importância do reconhecimento e valorização do trabalho como elementos fundamentais e até prioritários para aumentar a satisfação dos profissionais. Embora não existam referências directas ao conceito de "justiça" em termos de reconhecimento social e institucional, existem dois comentários merecedores de

destaque, a partir dos quais se poderá inferir que existe alguma sensação de injustiça perante:

- a.a postura estatal, uma vez que alegadamente o Estado deixaria transparecer para o público uma má imagem dos funcionários públicos, com implicações também para a imagem pública dos profissionais dos centros de saúde.

“E mais, [o Estado] tem passado para o público, para a população portuguesa, que os funcionários públicos [...] são o verdadeiro [...] mal deste país.”

“Eu acho que o reconhecimento é fundamental. [...] É reconhecerem que eu sou uma peça importante e portanto devo ser bem tratada.”

- b.a postura dos utentes, que apenas comunicarão com os profissionais para reclamar e nunca para reconhecer os eventuais bons serviços que lhes sejam prestados.

“Mas veja, nós temos um livro amarelo de reclamações para a insatisfação do utente e não há nada em paralelo que seja o reconhecimento. Ora os CS não são só maus...”

A remuneração é um aspecto pouco abordado ao longo da discussão, no âmbito da qual se encontram algumas, embora poucas, referências à ausência de aumentos salariais.

“Também tem a ver um bocadinho com a conjuntura, de não terem sido aumentadas em relação à parte monetária, não subir na carreira.”

É ainda referido um aspecto importante quanto ao funcionamento das USF, que se prende com o esquema remuneratório de acordo com o desempenho o qual poderá acarretar alguma satisfação para os profissionais, embora não seja considerado um aspecto particularmente relevante.

“[...] vou ser paga [...] em função dos resultados. Eu penso que [...] aumenta a satisfação. Não acho de maneira nenhuma que seja a questão mais importante.”

2.1.2. Sistema de saúde, carreiras profissionais e orientações políticas

No que diz respeito às mudanças, em termos gerais, verificadas no âmbito do sistema de saúde, a tônica dominante encontrada é de desagrado perante as intervenções do Estado, sendo de referir a alegada desarticulação entre as necessidades reais e as orientações superiores, bem como a desmotivação gerada junto dos profissionais da função pública.

"[...] parece-me que o principal prejuízo [...] para o funcionamento das coisas são orientações superiores dadas por pessoas que não têm ligação nenhuma com os problemas que há no próprio local de trabalho e que determinam 'bitates' que não têm pés nem cabeça. E isso verifica-se a torto e a direito."

"[...] tudo aquilo que este Governo tem feito e o anterior é desmotivar [...] eu acho que isso tudo, se fosse feito na privada [...] se calhar também não era o motor para qualquer motivação de funcionários privados para atingir determinados objectivos da empresa."

A tônica geral é de insatisfação, dadas as mudanças que os profissionais consideram negativas em termos de contexto e que defraudam expectativas que haviam sido criadas. O regime de aposentações assume uma posição importante neste ponto.

"Todos os dias o que é que vemos? Corta na reforma. Antes o contrato era para aos x anos te poderes reformar, agora não é. É sempre a torto e a direito... todos os dias assistimos [...] a situações que são gravosas para o nosso futuro. E vão defraudar as expectativas que o próprio Estado nos criou."

Para além disso, reforçam que as mudanças verificadas não só são gravosas como surgiram unilateralmente, gerando ainda alguma instabilidade.

"E portanto prometem hoje uma coisa [...] nada nos garante que daqui a 2 ou 3 anos não alterem tudo unilateralmente, como tem sido o costume."

"Eu detesto mudanças unilaterais a meio do jogo. Acho, sinceramente, desonesto. Pronto, é mesmo esse o termo. [...] ao nível da política global, estou insatisfeitíssimo."

Como contraponto desta sensação de insatisfação generalizada, surge um comentário que procura destacar aquilo que se considera ser a inevitabilidade das alterações sentidas, dadas as mudanças da pirâmide etária e a consequente incapacidade de manter o esquema de aposentações tal como havia sido delineado.

"[...] sei que vou ser prejudicada. Não acho [...] agradável que se mudem as regras do jogo a meio. Acho que era perfeitamente inevitável porque há uma conjuntura [...] que é a modificação das condições sociais, contra a qual não podemos lutar, [...] não vale a pena. Eu não sou de enterrar a cabeça na areia e fingir [...] que continuam a nascer muitos meninos e que vai continuar a haver muita gente para continuar a pagar as nossas reformas [...] Não acredito nisso, sei que não é verdade e portanto vou ser prejudicada. Apesar de tudo penso, acredito, que ainda vou ter uma reforma razoável."

No que concerne à evolução profissional verifica-se, com alguma frequência, uma associação ao chamado "congelamento das carreiras" da função pública, situação que gera alguma insatisfação.

"Não aumentam as pessoas, cortam os concursos... essas coisas todas que é conhecido..."

2.1.3. Supervisão / Avaliação / Controlo

a. Supervisão. A supervisão é encarada positivamente pelos participantes, sendo até referida como algo de fundamental para salvaguarda dos procedimentos instituídos e para evitar a perpetuação de erros.

"Eu acho que é essencial a supervisão [...]. Acho que é uma mais-valia, até em termos de orientação [...]. Acho que é ótimo."

"Para que este erro não se reproduza. [...] supervisão nesse sentido [...] Não escondemos o que fazemos mas mostramos o que é que aconteceu para que a equipa resolva, para que o erro não se repita."

Faz-se, no entanto, uma destrição clara entre os conceitos de supervisão e avaliação.

“Aceito perfeitamente para determinadas situações supervisão, noutras eu iria chamar uma coisa diferente que tem a ver [...] com avaliação.”

- b. Avaliação. A avaliação é considerada, em termos gerais, como algo de útil e necessário, embora se revista de algumas particularidades. Por um lado, destaca-se a percepção de que, em termos de avaliação, o peso atribuído aos erros cometidos talvez seja excessivo considerando o desempenho global.

“[...] acabamos por ser avaliados pelos erros e não pelo trabalho desenvolvido durante o ano.”

Por outro lado, o SIADAP é encarado como um modo de avaliação interessante, embora demasiado complexo. É alegado que a falta de formação e acompanhamento dos profissionais que o deverão aplicar pode gerar frustrações e condicionar negativamente a evolução das carreiras, sendo comparado a uma “força” para os administrativos.

“[...] a coisa que me tem dificultado mais o sono nos últimos tempos é o SIADAP. A avaliação que os funcionários administrativos estão a sofrer [...] O acompanhamento é nenhum, as dúvidas são muitas e até pelo trabalho ou pela carência que há agora de mão-de-obra dentro dos CS não se consegue fazer um acompanhamento, propor formação, avaliar a pessoa que está em mais dificuldades ou comete, entre aspas, mais erros e puxá-la. Não. A nota final é que vai condenar, não vai ter progressão na carreira, não vai ser aumentada...”

“Tive duas únicas formações [...] e já é por objectivos ou por metas, só que, a quem se aplica é a administrativos; os objectivos que deviam ser bem definidos, lineares, discutidos, acompanhados para ter uma avaliação final são um bocadinho [...] ao Deus dará. [...] até pelo trabalho ou pela carência que há agora de mão-de-obra dentro dos CS não se consegue fazer um acompanhamento [...] para mim [...] SIADAP é a força do administrativo. [...] isso só vai, no fundo, criar frustrações

nas pessoas [...] que depois também não conseguem progredir na carreira."

- c. **Controlo.** O conceito de "controlo" não surge com clareza na discussão, embora se encontre referência ao julgamento dos pares, neste caso dos médicos, enquanto avaliadores técnicos. De referir a desmistificação do "controlo" enquanto elemento negativo, enfatizando a sua premência para a detecção, discussão, resolução e prevenção de erros.

"A mim parece-me que é óbvio que em termos técnicos [a avaliação / supervisão] tem que ser por um médico. [...] mesmo entre os médicos não é fácil porque as pessoas não gostam de ser avaliadas no seu trabalho. E não gostam porque há, no fundo, este receio do julgamento. Portanto nós temos que ser capazes de ter abertura e para isso temos que aceitar que erramos, que o erro seja apontado, mas o apontar tem que ser para se discutir e resolver e para não ser repetido no mesmo contexto ou por outros. Não para dizer 'olha, aquele andava a fazer mal'."

Por outro lado, medidas como incentivos relacionados com actos específicos, como a prescrição (ou não prescrição) de determinados fármacos como as quinolonas, são encaradas como formas de controlo que não são aceitáveis.

"Quem diz as quinolonas diz outra coisa. [...] tens que receitar aquelas que de acordo com o know-how, o state of the art, terás que receitar. [...] não tem que haver, quanto a mim um limite. [...] receito muito poucas, vou-te dizer, mas chateia-me profundamente dizerem-me que eu não posso receitar mais que X."

2.1.4. Relacionamento com os profissionais / colegas de trabalho

No âmbito do relacionamento com os colegas de trabalho, o aspecto mais focado é o trabalho em equipa enquanto forma de trabalho mais gratificante e geradora de satisfação, referindo-se até que tal situação se reflecte positivamente na qualidade dos cuidados prestados.

Não foram dadas quaisquer referências que indiciem conflito entre os profissionais / colegas de trabalho.

“É [...] extremamente gratificante trabalhar em equipa, quando se trabalha mesmo em equipa.”

“[...] em termos de reforma [dos CSP], [a grande vantagem] que eu vejo é em termos do trabalhar em equipa; eu acredito que isso é essencial para uma melhor qualidade de cuidados.”

De salientar ainda a sensação de suporte que o trabalho em equipa possibilita, na medida em que se garante o cumprimento das responsabilidades profissionais, mesmo em caso de falha de um dos elementos da equipa.

“[Aumenta a satisfação dos profissionais] Porque trabalhamos todos no mesmo objectivo, trabalhamos todos em conjunto. E depois é aquela ligação que existe de ‘eu não estou, mas sei que está alguém que faz o meu trabalho, eu estou descansada porque as coisas seguem, têm caminho.”

A questão do reconhecimento é também focada no trabalho em equipa, na medida em que o valor e competências individuais se tornam fundamentais para o bom desempenho global.

“Essa possibilidade de nós trabalharmos em equipa, em equipas que sejam interdisciplinares [...] acho que tem outra vantagem que está ligada com a satisfação, que no fundo passa por um reconhecimento, de que eu falei há bocado, do nosso valor. Se eu estou numa equipa em que se entende que todos aprendemos com todos e se, de facto, aprendemos uns com os outros, aquela equipa, no conjunto, ganha, fica a saber mais do que quando somamos os saberzinhos todos, [...] isto faz com que o meu valor seja mais reconhecido. Portanto, não é só acrescentar, mas que eu sinta que ele é reconhecido. O contributo que eu posso dar a esta equipa não é só para eu resolver aquele problema [...] mas também ver que, somado aos dos outros, é importante no crescimento daquela equipa.”

No âmbito da questão do reconhecimento existe uma chamada de atenção para os perigos inerentes ao facto de

se poder cair em situação de dependência face ao reconhecimento alheio, podendo chegar-se a comprometer e corromper o desempenho de toda a equipa quando um dos seus elementos se encontra desmotivado.

"[...] essa procura constante de reconhecimento do nosso trabalho pelos outros parece-me também um bocadinho de situação de dependência em relação à opinião alheia. [...] nós devemos sentir-nos bem sobretudo connosco próprios, com a satisfação de termos cumprido com aquilo que nós devemos fazer. [...] isso é que é sobretudo importante. Claro que o reconhecimento pelos outros também, [...] não vou dizer que não tenha alguma importância ou pelo menos algum cabimento [...] Agora [...] não sei até que ponto é que se deve valorizar mais ou menos um conceito ou outro. E [...] neste contexto da equipa de que tenho estado a ouvir falar, daqui a bocado parece-me que cada elemento é um braço de um polvo, de uma coisa central – [...] não no sentido de apertar, no sentido que, pronto, tudo converge para a equipa, para a cabeça do polvo, tudo bem – mas de facto [...] cheira-me um bocado a dependência e que a pessoa necessita do reconhecimento dos outros para se sentir bem. [...] a pessoa deve tratar de se sentir bem por si própria, sentir que fez aquilo que [...] devia ter feito. [...] E até ao ponto em que um elemento está mal, depois a equipa está toda também um bocado mal... andam todos a lamentar-se e a chorar e [...] dão palmadinhas nas costas uns aos outros."

2.1.5. Relacionamento com chefias

No relacionamento dos profissionais com as chefias não são referidas quaisquer situações de conflito, pelo que se pode inferir que esta não se tem revelado problemática para os participantes. As posturas das direcções são colocadas em perspectiva através de um enquadramento contextual, muitas vezes na dependência de orientações superiores.

"Mas eu, por exemplo, [...] em 22 anos, já vi fases de mais dinamismo e de menos dinamismo. Isso tem a ver com as direcções e até com os momentos das direcções. Já

houve muita coisa diferente que se fez neste CS e às vezes não tem só a ver com as direcções, tem a ver com as orientações superiores."

Existem claras referências a uma evolução que se considera positiva no sentido de os profissionais terem uma sensação crescente de serem ouvidos pela direcção, que se manifesta, por exemplo, na possibilidade de poderem expressar desagrado ou descontentamento, tal como o fazem os utentes.

"[...] ao longo do tempo, eu tenho visto uma evolução boa. [...] Acho que somos ouvidos."

"[...] pode haver uma situação qualquer que se passou com um utente, que se passou com um colega, que se passou com a direcção que eu acho que correu menos bem. E porque é que eu não posso escrever se o utente tem direito a escrever? [...] expressar à nossa maneira [...] o que aconteceu, o que pensamos?"

2.1.6. Relacionamento com os utentes

Um dos aspectos mais referidos no âmbito da relação com os utentes passa pela importância atribuída ao reconhecimento por parte dos mesmos como elemento gerador de satisfação, podendo mesmo servir de conforto face a outras contrariedades sentidas pelos profissionais.

"Tenho uma direcção que me tratou mal? Espelho-me mais no reconhecimento dos meus utentes."

"Reconhecimento entre pares; o reconhecimento das pessoas a quem nós prestamos o serviço também é importante, não é?"

Por outro lado, refere-se que, à semelhança do mecanismo que existe para que os utentes possam expressar o seu desagrado – o livro amarelo –, deveria existir outro mecanismo que lhe servisse de contraponto e que permitisse também aos profissionais expressar a sua insatisfação.

"Quando há uma queixa de um utente [...] 'agora acham que têm os direitos todos, [...] ainda reclamam, ainda se acham no direito de reclamar'; e é como se eles tivessem um direito que nós não temos. De facto eu acho que eles

têm o direito [...] que é uma forma de deitar cá para fora, não é?"

"[...] por [...] decisão dos profissionais, também porque a direcção permitiu [...] por exemplo, surgiu o livro verde, que eu penso que é uma ideia nossa, não sei se existe em mais algum sítio [...] nós questionámos a determinada altura porque é que os utentes podem reclamar e nós não podemos dizer se não estamos satisfeitos com alguma coisa?"

Será de salientar a relação directa que ocorre entre a satisfação do profissional e o relacionamento com os utentes, exemplificada aqui com o cenário que surge em situações de *burnout* e com a questão das reclamações no livro amarelo. Em resumo, quanto mais satisfeito está um profissional, mais fluida e menos conflituosa será a sua relação com o utente.

"[...]a insatisfação aumenta muito mais o stresse, cria um risco grande de burnout e [...] as pessoas que estão em burnout têm muito mais conflitos com os utentes. [...] as pessoas que têm a maioria das queixas no livro amarelo [...] pode ter a ver com características da personalidade da pessoa, mas também pessoas que estão claramente insatisfeitas, [...] perfeitamente a entrar em burnout e portanto deixaram de conseguir lidar com as situações."

"[...] como a pessoa está muito insatisfeita [...] num stresse [...] contamina o espaço todo, mesmo o que está à volta."

"[...] nunca tive uma queixa no livro amarelo e eu explico por duas razões simples: uma é porque estou satisfeita; a segunda é porque o administrativo com quem eu trabalho [...] está satisfeito [...] Não vou discutir aqui a qualidade do trabalho porque de facto não acho que as coisas estejam sempre relacionadas. Todos os utentes estão satisfeitíssimos com ele e não há médicos com ele que tenham tido queixas no livro amarelo [...] Portanto eu acho que, de facto, o que até aqui me protegeu de queixas [...] foi que eu estou satisfeita e trabalho também com uma pessoa que está muito satisfeita e, consequentemente, com utentes satisfeitos. E isso evita o conflito."

2.1.7. Especificidades das chefias intermédias

O papel das chefias intermédias é considerado como fundamental na motivação dos seus profissionais, sobretudo através do reconhecimento do seu trabalho e do diálogo.

“Em relação à motivação, à mudança das pessoas, o nosso papel é fundamental.”

“[...] em relação a esta história da motivação, uma estratégia é esta do reconhecimento, do ouvir a pessoa, as dificuldades que há... Fazer em conjunto...”

É reforçada a ideia de que a satisfação dos profissionais tem uma relação directa com a satisfação dos utentes e que as chefias intermédias, independentemente do contexto externo adverso, vão conseguindo levar por diante os princípios orientadores inerentes às suas funções específicas.

“[...] quando as pessoas têm [...] cargos de chefia [...] as metas são, enfim, determinar alguns princípios orientadores do serviço, fazer melhorias, melhor gestão do pessoal e que as pessoas, os profissionais que trabalham connosco também se sintam mais satisfeitos [...] tudo isso se transmite na satisfação dos utentes. As pessoas têm que perceber – e percebem – que a razão de ser de nós estarmos aqui é trabalhar para os utentes, não é? E satisfazê-los. Não estou a dizer satisfazê-los em coisinhas mínimas mas satisfazê-los de um modo profissional e de aquilo que vai de encontro aos cânones da saúde [...] nesse aspecto [...] as chefias intermédias têm bom senso [...], apesar de toda esta turbulência que o Governo – este e o outro, o anterior pelo menos – tem criado. Enfim, a gente vai governando o nosso barco no meio dessas águas agitadas.”

2.2. Consequências do actual estado de satisfação profissional nos centros de saúde

2.2.1. Para o profissional e para a instituição onde trabalha

Existem dois aspectos que foram referidos e que merecem ser destacados em termos de consequências do actual estado de satisfação para o próprio profissional:

- a. Por um lado existe algum risco de *burnout* derivado das insatisfações acumuladas e consequente aumento de stresse, resultando em conflitos com utentes e queixas destes no “livro amarelo”.

“[...]a insatisfação aumenta muito mais o stresse, cria um risco grande de burnout e [...] as pessoas que estão em burnout têm muito mais conflitos com os utentes.”

- b. Por outro lado, o facto de se poder trabalhar em equipa gera uma sensação de suporte, a qual é encarada muito positivamente, gerando satisfação nos profissionais e, por inerência, também nos utentes.

“em termos da reforma [dos CSP], [a grande vantagem] que eu vejo é [...] trabalhar em equipa [...] isso é essencial para uma melhor qualidade de cuidados.”

“[...] eu estou satisfeita e trabalho também com uma pessoa que está muito satisfeita e consequentemente, com utentes satisfeitos. E isso evita o conflito.”

No mesmo sentido, os aspectos anteriormente referidos no que diz respeito às consequências do actual estado de satisfação para o profissional irão naturalmente reflectir-se no desempenho da instituição na qual trabalha.

“[...] como a pessoa está muito insatisfeita [...] num stresse [...] contamina o espaço todo, mesmo o que está à volta.”

2.2.2. Para o cidadão e para a comunidade

As consequências do actual estado de satisfação para o cidadão são abordadas sobretudo no que concerne a qualidade dos cuidados prestados. Neste campo manifestam-se duas perspectivas na medida em que surge:

- a. por um lado, a defesa da ideia de que mesmo que os profissionais se encontrem insatisfeitos poderão continuar a prestar bons cuidados aos utentes.

"[...] também tenho já visto pessoas que apesar de estarem insatisfeitas com todo o sistema conseguem, perante os utentes, prestar bons cuidados."

b. por outro lado, argumentação advogando que a existência de uma boa relação com os utentes, que como se viu atrás se considera mais fácil quando existe satisfação profissional, é crucial para a prestação de bons cuidados.

"[...] se a pessoa não estabelecer uma boa relação também não consegue prestar bons cuidados."

2.3. Factores que poderiam melhorar a satisfação profissional nos centros de saúde

Tal como já referido anteriormente, existem muito poucas referências ao factor "remuneração" no aumento da satisfação profissional. No entanto, foi destacado outro tipo de incentivos fora do pacote remuneratório.

2.3.1. Flexibilidade na gestão do dia de trabalho

Uma maior flexibilidade na gestão da actividade de cada profissional a par de alternância de tarefas poderia ser útil.

"[...] na parte administrativa, uma das coisas era não fazerem tanto tempo de atendimento seguido ao utente. Fazer ciclos mais curtos, com trabalho [...] de retaguarda."

2.3.2 Adequação da actividade ao perfil de cada profissional

Adequar a actividade de cada profissional ao que cada um mais gosta ou se sente capaz de fazer dentro de uma lógica de eficiência do serviço, poderia ter também um papel importante no aumento da satisfação profissional.

"[...] dentro do possível, pôr as pessoas a fazer aquilo que gostam. Há pessoas que gostam mais de fazer trabalho de retaguarda, há outras que têm perfil para atender o público. Poder satisfazer nesse aspecto, dar hipótese para a pessoa dizer "eu gosto mais de fazer isto, eu vou produzir mais neste sítio." Ver o perfil das pessoas, acho que isso é fundamental."

2.3.3 Aumento da autonomia e/ou da responsabilidade

A participação dos profissionais nas decisões importantes do CS a par do aumento da quantidade e qualidade da informação (incluindo a informação sobre o próprio desempenho do trabalhador).

“Na elaboração do plano de acção, na criação de metas, na discussão de metas, nos indicadores que temos todos os anos... fomos nós que estivemos a fazer, portanto todos nós temos a nossa quota parte de responsabilidade, não só no que não está bem mas de mudar para ficar melhor nestas metas... eu sinto-me envolvida.”

“Ouvir das pessoas o que é que elas acham que poderia melhorar... Saber o que é que já está a ser feito... para não deitarmos trabalho fora. E depois pensar dentro dos objectivos que é importante atingir, quais são os que até aqui não estão a ser atingidos e então propôr às pessoas... como é que vamos fazer isto... E depois... vai ter que se monitorizar, avaliar, o que quiserem. Ou seja, vamos ter que ir avaliando, ouvindo, não é?”

2.3.4. Trabalho em equipa

O trabalho de equipa surge sempre como um elemento fundamental.

“Também é importante fazer parte de uma equipa, sentir-se envolvido numa equipa, vestir a camisola de uma equipa. Só assim é que também se consegue [...] criar qualquer coisa.”

2.3.5. Melhor qualidade organizacional

A criação de oportunidades e momentos de comunicação e planeamento conjunto dentro da equipa é outro aspecto que pode fazer a diferença na melhoria da qualidade organizacional dos CS.

“[...] reunião semanal em que é programada e é feita também a agenda da semana seguinte [...]. Mas [...] também outras coisas [...] com humor.”

2.3.6. Liderança

A liderança é considerada igualmente importante para o bom funcionamento da equipa.

“Nós vamos ter que, em conjunto, atingir [...] objectivos. [...] Com o pouco que eu sei de gestão, diria eu [...] com o que vocês sabem do terreno, como é que nós vamos planear para conseguir? [...] Estamos todos a monitorizar, mas há alguém que tem, de vez em quando, de me pedir contas, porque nós não funcionamos todos aos mesmos ritmos.”

2.4. O efeito da actual reforma dos CSP

Concretamente no que diz respeito à reforma dos cuidados de saúde primários existem diversos temas que já foram abordados, tendo sido desenvolvidos e trabalhados especificamente em alguns dos capítulos anteriores. Mesmo assim, são de destacar os seguintes tópicos:

2.4.1. Estratégia *bottom-up*

A estratégia *bottom-up* da actual reforma, ou seja que começa pela base e que aproxima as estruturas de decisão do terreno. É um conceito aplaudido pelos participantes no sentido em que vai ao encontro de necessidades que haviam sido detectadas, embora se tenha noção de que poderão vir a surgir conflitos na sequência das mudanças.

“[...] apesar da Missão ter decidido – e tinha razões para isso, tinha a ver com a experiência anterior – que esta reforma devia começar pela base [...] por isso começava com a constituição das USF [...] A reforma não são as USF [...] é um erro das pessoas, não é? A reforma é mais do que isso, tem a ver com uma reconfiguração dos CS [...] se a conseguirmos vai ao encontro de coisas que nós dissemos no início [...] que têm a ver com a decisão ser muito mais local. Isto vai acabar com estruturas de decisão que estavam acima, muito acima dos CS e que se vão aproximar, mas que ao mesmo tempo, necessariamente, vão gerar conflito e por isso alguma insatisfação [...] isto é uma reconfiguração que mexe com interesses, com coisas estabelecidas, com

rivalidades antigas e portanto cria, por essa razão, de imediato, insatisfação [...] é como se fosse rearrumar um puzzle. Tem que haver um período transitório em que as peças estão todas fora de sítio."

2.4.2. USF – uma oportunidade para aumentar a satisfação profissional

Vários participantes consideram a criação de USF como uma oportunidade para aumentar a satisfação dos profissionais na medida em que proporciona um esquema laboral mais próximo do das empresas privadas.

"[...] e eu vejo este momento [...] finalmente como oportunidade de passar a ser tratada um pouco como uma empresa privada [...]"

No entanto, a criação de USF é também encarada numa perspectiva negativa, sendo particularmente referidos objectivos de redução de custos que poderão ter implicações éticas na medida em que se pretende limitar a prescrição de medicamentos e exames complementares de diagnóstico.

"Eu acho que a reforma tem 3 objectivos essenciais [...] Conseguir meter mais utentes nos médicos de família do que aquilo que está previsto na lei, reduzir custos com exames complementares de diagnóstico, reduzir custos com terapêutica, acenando-lhes com uma benesse que é um incentivo [...] monetário. [...] quando há bocado estava a dizer que chateava-me termos estado 2 anos sem aumentos na função pública, aborrece-me isso, mas o incentivo monetário à conta de ver se eu prescrevo menos exames complementares de diagnóstico ou nos medicamentos [...] Quer dizer, parece que esse dinheiro que eles me poderiam dar não cai muito bem porque a gente sem querer acaba por se limitar e o limite já não é o ético, começa a ser o limite de um interesse [...] que não tem nada a ver com medicina."

2.4.3. O perigo de contaminação de "cenários"

A eventual “contaminação” de cenários devido ao facto de a reforma dos cuidados de saúde primários decorrer em simultâneo com toda uma reorganização da função pública. Tal situação implica que alguns dos factores apontados como geradores de insatisfação profissional, como sejam o congelamento de carreiras ou a inexistência de aumentos salariais decorrentes da reforma da Função Pública contamine os efeitos da reforma dos CSP.

“Quando pomos estas coisas numa coisa que se chama reforma [...] ou juntamos isto a outra coisa que está a acontecer em simultâneo [...] que é toda uma reorganização na função pública, que é o projecto deste Governo. Quando nós confundimos as duas coisas contaminamos aqui [...] os cenários.”

2.4.4. Falta de esclarecimento sobre a reforma

A falta de esclarecimento quanto a pontos essenciais da reforma, susceptíveis de gerar conflito, nomeadamente no que diz respeito ao número de utentes por médico.

“Uma das coisas que dizem é que de facto as USF podem ser criadas com 1500 utentes por médico, que de facto é o que está escrito, é o que está na lei e há um parecer do Tribunal Constitucional. Mas não deixa de ser curioso uma colega minha que andava aí a ver se fazia uma USF e dizia assim: “sabes, está escrito que é para 1500 mas eles dizem que não aceitam se não for pelo menos um médico para 1800”. E eu digo: “então está escrita uma coisa mas eles dizem outra”?”

2.4.5. Insegurança e instabilidade

A falta de segurança em relação ao futuro e a instabilidade, devida, em grande parte, ao facto de estarem em curso mudanças pioneiras cujas consequências não se podem aferir em pleno de momento.

“[...] acho que as pessoas [...] estão inseguras. Não se sabe o que é que se vai passar. [...] e isso está a dar uma certa insegurança [...] e não estão muito satisfeitas. [...] Quer dizer, está a criar uma instabilidade.”

“percebo que [a reforma dos csp] dê insatisfação porque dá insegurança às pessoas: ‘como é que vai ser? O que é que vai acontecer?’ Nós temos todos receio...”

As mudanças em curso no que concerne a reorganização global da função pública também contribuem para o clima de insegurança em relação ao futuro.

“Também tem a ver um bocadinho com a conjuntura, de não terem sido aumentadas em relação à parte monetária, não subir na carreira. [...] isso tudo e o que se vai ouvindo (sem muito fundamento, muitas vezes) que se vai deixar de ser da função pública, vai-se passar a contrato, [...] Quer dizer, está a criar instabilidade.”

“Ao nível da política global, estou insatisfeitíssimo. Não posso estar pior [...] em termos da reforma [aposentação], dessas coisas todas, é só prejuízo atrás de prejuízo. Só se for parvo, quer dizer, é que vou estar satisfeito. E o primeiro que me apareça a dizer que está satisfeito está a precisar de se tratar.”

2.4.6. Melhoria da qualidade

Acredita-se que a actual reforma nos cuidados de saúde primários irá proporcionar um aumento da quantidade e qualidade dos cuidados prestados e, consequentemente, uma resposta mais eficaz às necessidades da população, a qual, por si só, será também geradora de satisfação para os profissionais.

“Mas como realmente o objectivo é responder às necessidades de saúde ou sociais dos nossos utentes, eu penso que também vai haver uma maior articulação entre os diferentes parceiros [...] uma maior articulação vai proporcionar uma quantidade de cuidados superior àquela que já existe agora. [...] vamos conseguir responder de uma forma mais adequada, mais eficaz, às necessidades da população. [...] podendo agora passar por uma fase de turbulência [...] quando conseguirmos arrumar as coisinhas, nós profissionais vamos sentir, sem dúvida, uma maior satisfação.”